المفاهيم الأساسية والإطار النظري للفصام والاضطرابات الذهاني

مقدمة

تتصف الاضطرابات التي يتضمنها هذا المجلد جميعها بوجود أعراض ذهانية تمثل المعالم الرئيسة المُحَدِّدَة لها. أما الاضطرابات الأخري التي قد توجد مع الأعراض الذهانية (ولكن هذه الأعراض لا تمثل معالم مُحَدِّدَة)، فتتضمنها الموسوعة في مواضع أخري بها (مثال ذلك : "الخرف من نمط ألزهايمر **Dementia of the Alzheimer's Type** و"الهذيان الناتج عن تعاطي العقاقير والمخدرات" **Substance-Induced Delirium** يتضمنهما القسم الخاص ب "اضطرابات الهذيان، والخرف، والنسيان والاضطرابات المعرفية الأخري" بالمجلد الثالث؛ و"اضطرابات الاكتئاب الأساسى، مع ملامح ذهانية" **Major Depressive Disorder, With Psychotic Features** في القسم الخاص ب "اضطراب المزاج" بالمجلد السابع) .

يعد "الفصام" أكثر الأمراض العقلية ، التى تعرفها الإنسانية، شدة وضررا، وأكثرها اختلالا وتحديا فيما يتناوله الأطباء النفسيون والاختصاصيون الكلينيكيون من حالات بالتشخيص والعلاج، حيث يشير مصطلح "فصام" إلي طائفة من الاضطرابات التي تشتمل علي أكثر الأعراض تعقيدا ومدعاة للخوف والانزعاج من بين كل ما قد يتعرض له الإنسان من اضطرابات نفسية. فهذا المرض يصيب بعض الأفراد في سن صغير، حيث يبدأ غالبا قبل سن 52 عاما؛ ولذا فهو، خلافا لأمراض مثل أمراض القلب أو السرطان، مرض يستمر مدي الحياة غالبا، وعادة ما يعيش المرضي بالفصام لسنوات كثيرة بعد بداية نشأته عندهم ، ويستمرون في المعاناة من آثاره التي تحول بينهم وبين التفاعل الكامل مع المجتمع والمشاركة بفاعلية فيه.

ولم يتوفر حتي الآن علاج فعّال لهذا المرض، علي الرغم مما يقدمه العلاج الطبي بالعقاقير النفسية من مساعدة للتحكم في أعراض الفصام حتي لا تتطور إلي حد العجز والخطر. ولا يزال البحث العلمي مطالبا بالكشف عن طبيعة المحددات الوراثية للفصام وكيف تعتمل وتؤدي إلي نشأة هذا المرض وتطوره. فالفصام مرض محتوم بعوامل وراثية إلي حد كبير، علي الرغم من أن العوامل البيئية تقوم بدور هام في تطور هذا المرض؛ ومع ذلك فإن هذا الدور غير محدد ولم تتكشف أبعاده بشكل واضح .

ويتسم الأفراد المصابون بهذا المرض باضطراب ملحوظ في التفكير والانفعالات والسلوك. ويصيب هذا المرض الأفراد في كل المجتمعات والمستويات الاجتماعية

الاقتصادية والثقافية. و يقدر حجم الأشخاص الذين يعانون من الفصام بنسبة تتراوح بين 1 % و 2% من مجموع السكان في المجتمع (1).

فالفصام إذن اضطراب خطير سواء من حيث طبيعة أعراضه أو من حيث عدد الأشخاص الذين يصابون به. وتتضح أيضا خطورة الموقف الاجتماعي من هذا المرض ، ذلك أن الفصام يمثل عبئا إقتصاديا جسيما علي المجتمع؛ ففي الولايات المتحدة الأمريكية ، علي سبيل المثال، تقدر قيمة التكلفة المتعلقة بهذا المرض بحوالي 2% من مجموع الإنتاج القومي، وحيث تصل هذه التكلفة - بشكل مباشر وغير مباشر - إلي ما يقرب من 1.4 بليون دولار سنويا. وهذه التقديرات الرقمية لا تضع في الاعتبار ما يحدث من استنزاف لموارد الأسرة وطاقاتها، أو الأضرار الاجتماعية والنفسية الفادحة التي يسببها الفصام.وعلي الرغم من التكلفة النفسية والاقتصادية للفصام، فلا يزال هذا المرض يحتل أولوية كبيرة من بين أولويات الرعاية الصحية، ويلقي دعما كافيا في برامج البحوث لتعرف أسبابه وإقرار استراتيجيات الوقاية والعلاج اللازمة له (2).

نظرة تاريخية :

ورد في بعض الكتابات والوثائق التاريخية المسجلة عن معظم الحضارات بعض مظاهر الاضطرابات العقلية التي قد تشير إلي الفصام وإلي فئات نوعية أخري من هذه الاضطرابات ، بالرغم من أنه لا يوجد وصف محدد للفصام في هذه الكتابات القديمة. ومع ذلك، يمكن أن نستخلص من هذه الكتابات بعض الأوصاف الدالة علي بعض تلك الاضطرابات . تتضمن كتابات "أبو قراط" **Hippocrates** في القرن الرابع قبل الميلاد أوصافا لبعض تلك الاضطرابات مثل الهوس، والميلانخوليا (الاكتئاب)، و"المرض المقدس" **sacred disease** (الصرع) . ويعزي "أبوقراط" الجنون إلي اضطرابات في المخ يحددها بوجود "رطوبة شاذة" **abnormal moisture** في الدماغ ، وذلك خلافا لما كان شائعا في ذلك الوقت من تفسير للسلوك الشاذ علي أنه راجع إلي "التلبس" بأرواح شريرة. وترد في بعض الكتابات الأدبية القديمة نماذج لحالات من الجنون، مثل جنون "أورستيس" **Orestes** في الأسطورة الإغريقية "أورستينا" ("**Oresteina**") للشاعر الإغريقي إيسخيلوس **Aeschylus** في القرن السادس قبل الميلاد، وفي بعض أعمال شكسبير مثل "توم الفقير" **Poor Tom** في رواية "الملك لير" ("**King Lear**") ، وغير ذلك من الكتابات الأدبية، وفي الكتابات الكلاسيكية في الطب النفسي في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر للطبيب الانجليزي "جون هاسلم" **John Haslem** في كتابه "ملاحظات علي الجنون" ("**Osbervations on Madness**") ، وللطبيب الفرنسي "فيليب پاينيل" **Philip Pinel** ، وفي الحالات التي يصف فيها "بيندكت موريل"

Benedict Morel ما صار يعرف ب "الخبل المبكر" **(Praecox Dementia)**. وعلي الرغم من هذه الكتابات، فإن الفصام ربما يكون مرضا لم يوجد بالفعل أو لم يظهر بأعداد كبيرة قبل القرن الثامن عشر أو التاسع عشر (1) .

وتتمثل الخطوة الأساسية في التمييز بين ما يعرف اليوم بالفصام عن الاضطرابات الذهانية الأخري في أعمال "كرايبلين" و"بلويلر" في مطلع القرن العشرين.

ويعد " إميل كرايبلين " (1856-1926) **Kraepelin**، الطبيب النفسي الألماني المشهور، المؤسس الفعلي لعلم النفس المرضي لما قدمه من تصنيف وتنظيم لعديد من الاضطرابات النفسية ومظاهرها. ويعزي إليه تحديده للفصام، وخاصة من منظور تطوره ونواتجه. ولقد سعي إلي تجميع المصطلحات المستخدمة من قبل ، وخاصة ما يتعلق بهذاء العظمة (البارانويا) **Paranoia** والتخشبية (الكاتاتونيا) **Catatonia** وجنون المراهقة (الهيبفرينيا) **Hebephrenia**، في نسق كلي تحت مصطلح عام وهو "الخبل المبكر" (**Dementia Praecox)**. ويحدد المعالم الأساسية لهذه الفئة من الاضطرابات في نظامه التصنيفي علي أساس البداية المبكرة (**praecox**) والتدهور العقلي المتفاقم أو المتواصل. وتشمل الأعراض التي يميزها كرابلين في تشخيص هذه الفئة من الاضطرابات : الهلوسات (وخاصة السمعية)، والهذاءات، والتفكير المُذاع (إذاعة الأفكار) - **thought broadcasting** والمؤثر، والأحكام الضحلة، واضطرابات التعبير الانفعالي، والسلوك الغريب والنمطي، والخُلفة . ولقد عمل "كرايبلين" في اتصال وثيق مع زميله "ألزهايمر" **Alzheimer** الذي اهتم أيضا بدراسة المرضي ذوي الاضطراب المعرفي الشديد والذين يبدون تدهورا في مرحلة متأخرة من العمر، حيث يبدأ هذا الاضطراب عندهم؛ وذلك هو المرض الذي يطلق عليه الآن "مرض ألزهايمر". وفي مقابل هذه الفئة، كان اهتمام "كرايبلين" بتلك الفئة من المرضي الذين تتطور عندهم حالة من "الخبل" **dementia** في مرحلة مبكرة من العمر والذين يميزهم عن المرضي ذوي البداية المتأخرة لتلك الحالة بالمصطلح "الخبل المبكر". ولم يميز كرايبلين "الخبل المبكر" عن مرض ألزهايمر "خبل كبار السن" فحسب، ولكن ميزه أيضا عن فئة "مرض الهوس - الاكتئاب" **"manic-depressive) (illness"** الذي يمكن أن يحدث في أي فترة من عمر الفرد، ويتصف بأنه حالة دورية تحدث في شكل نوبات، وبأنه أقل تدهورا في تطوره وفيما يترتب عليه من نتائج. ويعد هذا التمييز بين "الخبل المبكر" و"مرض الهوس - الاكتئاب" إسهام بالغ القيمة في علم النفس المرضي والطب النفسي، لما ينطوي عليه من تضمينات مهمة في تطور هذه الاضطرابات وفي تشخيص المآل (1) .

أما " إيوچين بلويلر" 1857-1939) **Bleuler**) ، وهو زميل "كارل يونج" **Carl Jung**

ومن أعضاء جماعة فرويد للتحليل النفسي، فيعتبر الشخصية الرائدة الثانية في تحديد الصورة الكلينيكية للفصام وفي تسمية هذا المرض بهذا المصطلح ("الفصام") الذي صار يعرف به . لقد رفض "بلويلر" وجهة نظر "كرايبلين" الخاصة بالتدهور المتفاقم أو المتواصل **Progressive deterioration** ، وفضل أن يسمي "الخبل المبكر" ب "الفصام" ؛ وذلك مصطلح يعكس وجهة نظر "بلويلر" التي تذهب إلي أن ما يميز هذا المرض هو فقدان الانسجام بين الوظائف العقلية المختلفة، وأن "اضطراب التفكير" هو العرض الأساسي للفصام. ويؤكد أن فهم أعراض الفصام يتأتي في ضوء تحديد مكوناته الرئيسة؛ ويقرر أن "الأعراض الأساسية تتكون من اضطراب الترابط والوجدان، والنزعة إلي الابتعاد عن الواقع"، وذلك ما يشير إليه بالرمز 4 **A's**، وتعني : الترابط ، والوجدان، والذاتوية (أو الإجترارية أو التوحدية أو التماهى)، والتناقض (**Association, Affect, Autism, Ambivalence**). أما الأعراض الأخري، مثل الهلوسات والهذاءات، فقد اعتبرها أعراضا ثانوية أو إضافية **Accessory symptoms** ، لأن وجودها يختلف من فرد لآخر ، ولأنها يمكن أن تحدث في اضطرابات أخري مثل "مرض الهوس - الاكتئاب". ويعتقد "بلويلر" أن "كرايبلين" قد أقام وصفه علي أساس الأعراض الثانوية، وليس علي أساس الأعراض الأولية **Primary symptoms** التي تتحدد باضطراب عملية التفكير. ويقدم "بلويلر" مزيدا من الفصل بين الأعراض الأولية والأعراض الثانوية : فالأعراض الأولية تنتج مباشرة عن المرض العضوي الذي يفترض أنه يكمن وراء الفصام، وتتمثل هذه الأعراض في تمزق الخيوط الترابطية التي تحدث ترابطا بين الكلمات والأفكار؛ أما الأعراض الثانوية، فتعكس العمليات النفسية العادية، وتمثل محاولات للتكيف مع الاضطراب الأولي. ويشير إلي أن بعض المرضي يمكن أن يصلوا إلي حالة من الشفاء التام، في حين أن آخرين يكون تطور المرض عندهم مزمنا نسبيا ولكن حالتهم لا تتدهور (1).

والواقع أنه منذ أن نشر "بلويلر" كتابه الكلاسيكي ("الخبل المبكر، أو مجموعة أمراض الفصام" **Dementia Praecox, or the) (Group of Schizophrenias** في عام 1911 (والذي ترجم إلي الانجليزية في عام 195.) ، صارت آراؤه تلقي قبولا متزايدا، وظلت تمثل الوصف الأساسي للفصام لعقود طويلة حتي الخمسينيات من القرن العشرين.ولكن، في أواخر الستينيات، توفر عدد من العوامل الباعثة علي التغير في هذا الميدان من البحث والممارسة. ففي دراسة مقارنة بين أساليب التشخيص في كل من نيويورك ولندن، أظهرت لماذا تبدو معدلات شيوع الفصام في نيويورك أكثر من معدلاته في لندن، والعكس بالنسبة لمرض الهوس - الاكتئاب. فلقد وجد الباحثون أن نفس المرضي كانت تعطي لهم تشخيصات مختلفة في بلدان مختلفة بسبب الاختلافات التصورية والنظرية بين أنظمة

التشخيص المختلفة (1) . وفي "دراسة إستطلاعية دولية عن الفصام" (**International Pilot Study of Schizophrenia "IPSS**") ، قامت "منظمة الصحة العالمية" **WHO** في عام 1975 بدراسة لتشخيص مرض الفصام في تسع دول، أظهرت نتائجها أنه كانت تستخدم محكات تشخيصية متماثلة في سبع دول، بينما استخدمت محكات أوسع في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وروسيا (الاتحاد السوفييتي سابقا) (2) .

وتأسيسا علي نتائج هذه الدراسات، توجهت الجهود في هذا الميدان إلي تطوير أساليب للتشخيص أكثر موثوقية؛ ويتضح ذلك في تطوير أساليب تعتمد علي طريقة المقابلة المقننة (مقابلة ذات بناء محدد) **Structured interview** ، كالطريقة التي يقدمها "ونج وآخرون" في عام 1967 والمعروفة بطريقة "فحص الحالة الراهنة" (1) **Present State Examination PSE**" :وتتطلب طريقة المقابلة المقننة تعريفا للعَرَض بطريقة تؤكد الفعل يؤكد لازم وليس متعدى بحرف "علي" الذى يتكرر فى الكتابة باستمرار وجود اتفاق وثيق بين الاختصاصيين الكلينيكيين. ووفقا لهذه الطريقة، لم تلق الأعراض التي قدمها "بلويلر" مكانا بارزا في إجراءات التشخيص. ومن ناحية أخري، يركز استخدام الهذاءات والهلوسات، باعتبارها معالم تشخيصية مميزة، علي ظاهرات غير منقطعة عن السوية، وسهلة نسبيا في تحديدها.

ولقد أفسحت طريقة "فحص الحالة الراهنة" (**PSE**) المجال أمام مفاهيم الطبيب النفسي الألماني "كورت شنايدر" (1887-1967 **Schneider**) وتضمينها فى عملية التشخيص، وبخاصة تأكيده علي "الأعراض من الدرجة الأولي" **First-rank symptoms**. وقد أسهمت كل هذه العوامل في إعادة تشكيل مفهوم الفصام إلي اضطراب ذهاني واحد شديد نسبيا؛ وذلك ما يقترب مرة أخري من المفاهيم الأصلية التي قدمها "كرايبلين" .

وتقدم نتائج بحوث العقاقير النفسية(السيكوفارماكولوچية) دفعة كبيرة في مجالي التشخيص والعلاج. فما تحقق من تطور في استخدام علاجات فعالة، مثل مضادات الذهان **Antipsychotis** ومضادات الاكتئاب **Antidepressants** وكاربونات الليثيوم **Lithium carbonate**، قد جعل من التشخيص قضية كلينيكية مهمة. فإذا كان هناك مريض لديه اكتئاب أو اضطراب ثنائي القطب ويُشَخص خطأ علي أن لديه فصاماً إستنادا إلي مفهوم واسع بشكل زائد للفصام، فإن ذلك يعني أن هذا المريض سوف يحرم من تلقي العلاج المناسب المتاح، وأنه يحتمل أن يُحكم عليه ، دون ما مبرر، بتطور مزمن للمرض.

ويتجسد هذا التطور في البحث في مرض الفصام وتشخيصه وعلاجه في تناول الفصام في وثائق "الرابطة الأمريكية للطب النفسي" في "الدليل التشخيصي والإحصائى الثالث" (198 **DSM-III**.) والدليل الثالث المعدل (1987 **DSM-III R**)، حيث تلتقي فيها وجهات

نظر "كرايبلين" التي تؤكد تطور هذا المرض ، وأنه يوجد علي الأقل لفترة ستة أشهر؛ و"شنايدر" الذي يؤكد وجود هذاءات وهلوسات نوعية ؛ و"بلويلر" الذي يؤكد أهمية وجود أعراض أساسية (كاضطراب التفكير الذى يأخذ شكل التفكك أو فقدان الترابط ، والتبلد الانفعالي).

ولقد أثير جدل كبير بشأن أسباب (إتيولوچيا) الفصام وعوامله الفيزيولوچية، وخاصة مع ظهور تقنيات طبية جديدة مثل الوراثة الجزيئية **Molecular Genetics** وتصوير المخ **Brain Imaging**. ويبدي أصحاب المدخل الوراثي اهتماما بالنماذج العائلية في انتقال الفصام في شجرة العائلة، الأمر الذي تبدو معه تعريفات الدليل التشخيصي والإحصائى الثالث والثالث المعدل ضيقة للغاية، لتتضمن أيضا الحالات الكلينيكية الفرعية **Subclinical cases** في شجرة العائلة. ولذا يؤكدون ضرورة توسيع مفهوم الفصام حتي يشمل أشكالا أخري (مثل الفصام البسيط والكامن) ، وفقا لما اقترحه "بلويلر" مسبقا . وقد ظهر من نتائج الدراسات العصبية الحيوية لمرض الفصام (نيوروبيولوچيا الفصام)، والتي صارت ممكنة باستخدام تقنيات تصوير المخ وبنوك حفظ المخ بعد الوفاة **Postmortem Brain Banks** ، أنه قد يصعب الفصل بين الفصام والاضطرابات "العضوية". وتكشف نتائج علاج الفصام بالعقاقير النفسية أن الأعراض الذهانية قد لا تكون هي المعالم المحددة الرئيسة فحسب، ما دامت توجد أعراض سالبة أو معوقة قائمة وتبدو أساسية، مثلما لاحظ "بلويلر" ذلك في أوائل هذا القرن . ولهذا أخذ "الدليل التشخيصي والإحصائى الرابع" 1994) **DSM-IV**) يعطى للأعراض السالبة وزنا أكبر، وأظهر أنه يمكن تحديدها ، ولا يمكن تجاهلها باعتبارها معالم رئيسة. ومع ذلك، سوف يظل الجدل والبحث فى الفصام قائمين ، نظرا لأن الفصام يعد أكثر الاضطرابات العقلية تعقيدا وتحديا.

مفهوم الفصام

يتضح من هذا العرض التاريخى للاهتمام بالفصام وتشخيصه، أن مفهوم الفصام فى تطوره قد تباين بشكل كبير نتيجة لتعدد وجهات النظر فى تفسيره وفى تعرف أعراضه وأسبابه . فتعريف "كرايبلين" كان موجزا وضيقا؛ ويحدد الخبل المبكر علي أنه مرض يتصف بأن بدايته تحدث فى سن مبكر عند المريض، فى العقد الثانى أو فى بداية العقد الثالث من العمر، وبأنه يتطور بشكل تفاقمى متواصل ويؤول بالفرد إلي حالة شديدة نسبيا من الاختلال المعرفى والانفعالى. ويعتقد "كرايبلين" أن هذا المرض يمكن فهمه فى ضوء

آليات عصبية مرضية فى الدماغ بسبب تطوره الشديد نسبيا. وعلي الرغم من أنه يؤكد وجود الاختلال المعرفى (أي وجود الخبل أو الخرف **dementia**)، إلا أنه لم يحدد أي عرض واحد من الأعراض يعد العرض المميز **Pathognomonic symptom** لهذا المرض؛ ولكنه بدلا من ذلك يركز في وصفه للمظاهر الكلينيكية للفصام علي خليط من الهذاءات والهلوسات، والدلائل والأعراض الحركية، والتبلد الانفعالي، وانعدام الإرادة، والانعزال الاجتماعي. أما آراء "بلويلر"، التي ظهرت بشكل متزامن مع آراء "كرابيلين"، فقد أدت إلي توسيع مفهوم الفصام وأكدت أهمية وجود فئة من الأعراض الضيقة نسبيا كمعالم يتسم بها هذا المرض. كذلك، بينما يؤكد "كرابيلين" أهمية المعالم الطولية **Longitudinal features** مثل تطور المرض ونواتجه، يقلل "بليولير" من أهميتها. أما إسهامات "شنايدر" فى السبعينيات، فتقدم فئة أخري من الأعراض المستعرضة **Cross-sectional symptoms** ، مثل الهذاءات والهلوسات النوعية، التى كانت تختلف تماما عن الأعراض التى يعول عليها "بلويلر" فى تحديد الفصام.

وتأسيسا علي هذه الخلفية التاريخية فى البحث فى الفصام وتحديده وتشخيصه،، توجهت الجهود الدولية إلي الكشف عن حقيقة هذا المرض ومكوناته وأعراضه ومعالمه الواسمة، توصلا إلي التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب الذهانى وتمييزه عن غيره من الأذهنة الأخري . ويتمثل ذلك في جهود "منظمة الصحة العالمية" **WHO** و"الرابطة الأمريكية للطب النفسي". وينبغى أن نحدد ابتداء معني مصطلح "ذهان" .

يذهب "التصنيف الدولى العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية" الصادر عن "منظمة الصحة العالمية" 1992)**.ICD-1**)، إلي أن "الذهان" مصطلح وصفي، لا يتضمن استخدامه افتراضات عن آليات نفسية دينامية، وإنما يشير ببساطة إلي وجود هلوسات، أو هذاءات، أو إلي عدد محدد من الاضطرابات العديدة للسلوك، مثل الاهتياج الشديد والنشاط الزائد، والتأخر النفسى الحركى الملحوظ، والسلوك التخشبى (1) .

إن مصطلح " ذهانى" **psychotic** مرّت عليه تاريخيا تعريفات متعددة ومتباينة؛ ولكن لا يوجد تعريف واحد يلقى قبولا عاما. يذهب التعريف الضيق إلي أن مصطلح "ذهاني" يقتصر علي الهذاءات أو علي الهلوسات البارزة ، مع وجود هلوسات تحدث ارتباطا بغياب الاستبصار بطبيعتها المرضية (الپاثولوچية). أما التعريف الأقل تضييقا، فيتضمن كذلك الهلوسات البارزة التى يتحقق الفرد من أنها خبرات هلاوسية. وهناك تعريف أكثر اتساعا يتضمن أيضا أعراضا للفصام (مثل الكلام غير المنظم، والسلوك التخشبي أو غير المنظم بشدة). وخلافا لهذه التعريفات القائمة علي الأعراض، فمن المرجح أن التعريف الذي استخدم فى تصنيفات مبكرة(مثل تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائى الثانى **DSM-II** ،

والتصنيف الدولى التاسع **ICD- 9**) كان واسعا للغاية وركز علي شدة الاختلال الوظيفي، ولذا كان يطلق علي الاضطراب العقلى مصطلح "ذهانى" إذا ترتب عنه وجود "اختلال يعوق بشكل جسيم من مقدرة الفرد علي تلبية مطالب الحياة العادية" . وأخيرا، فقد عُرِّف هذا المصطلح تصوريا علي أنه فقدان حدود الأنا **Loss of ego boundaries** ، أو علي أنه اختلال جسيم فى اختبار الواقع وإدراكه (1) .

وتعرف " الرابطة الأمريكية للطب النفسي" (1994) الذهان علي أنه "اضطراب عقلى شديد يتصف باختلال جسيم فى اختبار الواقع **Reality testing** وإدراك الفرد له، ويظهرتحديدا فى الهذاءات، أو الهلوسات، أو الكلام المضطرب، أو السلوك المضطرب أو التخشبى. ويطلق علي الأشخاص ذوى هذه الاضطرابات مصطلح "ذهانيون". ومن بين هذه الاضطرابات : الفصام، والاضطرابات الهذائية، وبعض الاضطرابات الثانوية أو التى تظهر فى شكل أعراض مميزة ("الأذهنة العضوية" **Organic Psychoses**) وبعض اضطرابات المزاج (2) .

ونلاحظ أن الاضطرابات المختلفة فى هذا المجلد تركز علي جوانب مختلفة من التعريفات العديدة لمصطلح "ذهانى" . ففى الفصام، والاضطراب الفصامى الشكل **Schizophreniform Disorder**، والاضطراب الفصامى الوجدانى **Schizoaffective Disorder** ، والاضطراب الذهانى القصير **Brief Psychotic Disorder** ، يشير مصطلح "ذهانى" إلي الهذاءات، أو إلي أي من الهلوسات البارزة، أو الكلام المفكك، أو السلوك التخشبى أو غير المنظم. وفي حالات الاضطراب الذهانى الذى يعزي إلي حالة طبية عامة وفى حالات الاضطراب الذهانى الناتج عن تعاطى العقاقير أو المخدرات، فإن مصطلح "ذهانى" يشير إلي الهذاءات أو يشير فقط إلي تلك الهلوسات التى لا تكون مصحوبة بالاستبصار. أما فى حالات الاضطراب الهذائى **Delusional Disorder** والاضطراب الذهانى الشراكى (جنون الإثنين) **Shared Psychotic Disorder** ، فإن مصطلح "ذهانى" يعادله مصطلح "هذائى" **delusional**.

وفى ضوء هذا التحديد لمفهوم "الذهان" و "الذهانى" ، يمكن تناول مفهوم الفصام وأشكاله. وفى ذلك يقدم "التصنيف الدولى العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية" **ICD-1**.. تحديدا لمفهوم الفصام علي أساس من الوصف الكلينيكى لهذا الاضطراب ولأعراضه الواسمة له، كما يلي (1) :

توسم الاضطرابات الفصامية **Schizophrenic disorders** بصفة عامة بوجود اضطرابات أساسية فى التفكير والإدراك، وبانفعالات غير مناسبة أو متبلدة أو كليلة. وعادة ما يحتفظ الفرد بالوعى الواضح وبالقدرة العقلية، علي الرغم من أنه قد تتطور لديه بمرور

الوقت اختلالات معرفية معينة. ويشمل الاضطراب تلك الوظائف الأكثر أساسية التى تعطى الشخص السوى شعورا بالفردية والتفرد والتوجيه الذاتى. وغالبا ما يشعر الفرد المصاب بالفصام بأن أفكاره ومشاعره وأفعاله الأكثر خصوصية معروفة للآخرين أو يشاركونه فيها، وقد تنشأ لديه هذاءات تفسيرية، إلي حد اعتقاده بأن هناك قوي طبيعية أو خارقة تعمل علي التأثير فى تفكيره وأفعاله بطرق غالبا ما تكون شاذة أو غريبة. وقد يري نفسه علي أنه محور كل ما يحدث. وتشيع لدي الأفراد ذوى الاضطرابات الفصامية هلوسات، وبخاصة الهلوسات البصرية، والتي قد تتضمن تعقيبات أو تعليقات علي سلوك الفرد أو أفكاره.وغالبا ما يكون الإدراك مضطربا بطرق أخري : فالألوان أو الأصوات قد تبدو زاهية أو قوية أو متغيرة بشكل مفرط وغير ملائم من حيث خصائصها، وقد تبدو المعالم غير الجوهرية لأشياء عادية علي أنها أكثر أهمية من الشيء أو الموقف كله. ويشيع الارتباك لديهم منذ فترة مبكرة من تطور المرض، ويؤدي بهم غالبا إلي الاعتقاد بأن المواقف اليومية تنطوى علي معني خاص، وعادة ما يكون معني مشؤوما، بالنسبة لهم وبأنهم المقصودون به علي وجه الخصوص. وفيما يتعلق باضطراب التفكير، يتصف هؤلاء الأفراد بأن المعالم الثانوية أو الهامشية أو غير الجوهرية لمفهوم كامل أو لفكرة كاملة، وهي المعالم التى يجري كفها فى النشاط الذهنى الموجه السوى، تصبح هي القوة الموجهة لتفكير الفرد، وتستخدم بدلا من المعالم الجوهرية والمناسبة المتعلقة بالموقف. ولهذا يصير التفكير غامضا، ومقطعا ومقتضبا، وغير مألوف، ويكون التعبير عنه فى كلامهم غير قابل للفهم فى بعض الحالات. وغالبا ما يعترض خط أو مسار تفكيرهم فواصل وإقحامات تجعل تفكيرهم متقطعا أو غير مترابط، ويبدو تفكيرهم كما لو أنه تجذبه قوة خارجية . ويتصف مزاجهم بأنه ضحل أو متبلد، أو متقلب، أو متناقض أو غير مناسب. وقد يظهر التناقض الوجدانى أو اضطراب الإرادة فى مظاهر من القصور الذاتى، أو الخُلْفة، أو الذهول أو الانشداه. وقد تنشأ حالة من التخشبية (الكاتاتونيا) . أما بداية ظهور الاضطراب، فقد تكون حادة، مصحوبة بسلوك مضطرب بشكل شديد؛ أو قد تكون البداية متخفية أو خادعة، تقوم علي التطور التدريجى لأفكار غريبة وتصرفات شاذة. ويأخذ تطور الاضطراب نسقا متباينا بشكل كبير، ولكنه فى كل الأحوال يكون مزمنا أو متدهورا. وتحرز نسبة من الحالات شفاءً كاملا أو شبه كامل؛ ولكن هذه النسبة قد تختلف باختلاف الثقافات وفئات الناس ومستوياتهم فى المجتمع. ويتأثر الجانب الجنسى عند كل من الذكور والإناث علي حد سواء تقريبا، ولكن بداية هذا التأثر تميل إلي أن تظهر متأخرة عند المرأة .

وعلي الرغم من أنه قد يكون من الصعب تحديد أعراض واسمة **Pathognomonic symptoms** للفصام بشكل قاطع، إلا أنه من المفيد للأغراض العملية أن نقسم هذه الأعراض المذكورة عاليه إلي مجموعات تنطوي علي أهمية خاصة بالنسبة للتشخيص،

وغالبا ما تحدث مع بعضها، كما يلي (1) :

(أ) صدي التفكير **Thought echo** ، وإقحام الأفكار أو سحبها، وإذاعة الأفكار **Thought broadcasting** ؛

(ب) هذاءات التحكم أو التأثير أو السلبية، التي تتعلق بالجسم أو بحركات أطراف الجسم، أو بأفكار أو أفعال أو إحساسات نوعية؛ والإدراك الهذائى ؛

(ح) الأصوات الهلاوسية التى تعطى تعليقات مستمرة علي سلوك المريض، أو تناقشه فيما بينها؛ أو أنماط أخرى من الأصوات الهلاوسية التي تأتى من جزء معين من الجسم ؛

(د) هذاءات مستديمة من أنواع أخري تتصف بأنها غير مناسبة ثقافيا ومستحيلة تماما، مثل الهوية الدينية أو السياسية، أو القوي والقدرات الخارقة (مثل، أن يكون قادرا علي التحكم في الطقس، أو أن يكون علي اتصال بمخلوقات من عالم آخر)؛

(ه) هلوسات مستديمةبحسب نشاط أي عضو من أعضاء الحس، حينما تكون مصحوبة إما بهذاءات سريعة الزوال أو غير مكتملة التكوين وبدون مضمون وجدانى واضح، أو بأفكار قائمة يقدرها الفرد المصاب بالذهان علي أنها ذات قيمة بالغة، أو حينما تحدث كل يوم لعدة أسابيع أو شهور؛

(و) فواصل أو إقحامات فى مسار التفكير، ينتج عنها تفكك فى التفكير أو كلام مضطرب ، أو اصطناع كلمات أو عبارات جديدة وغريبة؛

(ز) السلوك التخشبى، مثل الاهتياج ، أو اتخاذ وضع جسمى معين، أو المرونة الزائدة كالشمع (التشكيل الشمعى)، والخُلفة، والصُمات أو الخرس، والذهول والانشداه؛

(ح) أعراض "سالبة" مثل البلادة الملحوظة، وقلة الكلام، والاستجابات الانفعالية المتبلدة أو غير المناسبة، والتى عادة ما ينتج عنها انسحاب اجتماعى وتدنى فى الأداء الاجتماعى؛ وينبغى أن يكون واضحا أن هذه الأعراض لا تعزي إلي الاكتئاب أو إلي العلاج بالعقاقير النفسية؛

(ط) تغير جوهرى وواضح فى الخصائص الكلية لبعض جوانب السلوك الشخصى، يظهر فى شكل فقدان الاهتمامات، والشعور باللاهدف ، والبلادة والخمول، والاتجاهات المستغرقة ذاتيا، والانسحاب الاجتماعي.

وتحدد " الرابطة الأمريكية للطب النفسى" (1994) الفصام علي أنه "مجموعة من

الاضطرابات الذهانية الفردية التى تتصف بأعراض موجبة وسالبة ترتبط بتدهور واحد أو أكثر من المجالات الأساسية لتوظيف طاقات الفرد مثل العمل، والنمو أو التحصيل الأكاديمى، والعلاقات الشخصية المتبادلة، ورعاية الذات. وتتضمن الأعراض الموجبة : الهذاءات التى تكون شاذة من حيث طبيعتها؛ والهلوسات ، وخاصة السمعية؛ والكلام المضطرب؛ والوجدان غير المناسب؛ والسلوك المضطرب. وتشمل الأعراض السالبة: الوجدان السطحي، وانعدام الإرادة، وفقر الكلام، وانعدام الشعور باللذة أو البهجة. ويختلف تقدير طول مدة المرض : فبينما يتطلب "التصنيف الدولى العاشر" **ICD - 1**.. أن تكون الدلائل المستمرة للاضطراب قائمة لمدة شهر واحد علي الأقل؛ فإن "الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع" **DSM-IV** يتطلب فترة تستمر لمدة ستة أشهر علي الأقل" (1).

يلاحظ أن ثمة قضية مثارة حتي الآن بشأن تناول الفصام كمفهوم واسع وفقا للتصنيف الدولى العاشر **ICD-1**.. وكمفهوم ضيق وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع **DSM-IV** . فالدليل التشخيصى الرابع يعطى أولوية لوجود أعراض وجدانية علي الأعراض الذهانية؛ فى حين أن مفهوم الفصام فى التصنيف الدولى العاشر يتضمن الاضطراب الفصامى الوجدانى**Schizoaffective** والاضطراب الفصامى النمط **Schizotypal** داخل المكونات الكلية للفصام. وقد تناولت "مجموعة عمل" **Work Group** الخبراء والباحثين فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع ، قضية المفهوم الضيق فى مقابل المفهوم الواسع للفصام **Breadth versus narrowness of the concept of schizophrenia** ؛ ولكن لازالت هذه القضية موضع بحث للتقريب بين هذين الموقفين، وما ينطوى عليه من تضمينات تشخيصية وعلاجية (1) .

ويشمل الفصام ، كما نتناوله فى هذا المجلد ، أنماطا أو أشكالا من الاضطرابات الفصامية والاضطرابات الذهانية الأخري المتعلقة بالفصام، كما يلي (2) :

الفصام **Schizophrenia** وهو اضطراب يستمر علي الأقل لفترة ستة أشهر ويتضمن علي الأقل فترة شهر من الأعراض التى تنشط فى مرحلة معينة (أي عرضين أو أكثر مما يلي : هذاءات، وهلوسات، وكلام غير منظم، وسلوك تخشبى أو غير منظم بشكل فادح، وأعراض سالبة). ويتضمن هذا المجلد كذلك تحديدا للأنماط الفرعية للفصام (الفصام الهذائي البارانويى "فصام أو جنون العظمة"، الفصام المضطرب، الفصام التخشبى، الفصام غير المميز، الفصام المتبقى أو الترسبى).

الاضطراب الفصامى الشكل **Schizophreniform Disorder** ، ويتصف بمظهر من الأعراض يكون مماثلا للفصام عدا مدته (أي أن الاضطراب يستمر من شهر إلي ستة شهور) وعدم توفر شرط أساسى وهو وجود تدهور فى توظيف طاقات الفرد.

الاضطراب الفصامى الوجدانى **Schizoaffective Disorder** ، وهو اضطراب تحدث فيه معا نوبة مزاجية (انفعالية) **Mood episode** وأعراض الطور النشط - **Active phase symptom** للفصام، وتسبقها أو تتبعها فترة أسبوعين علي الأقل من الهذاءات أو الهلوسات دون وجود أعراض مزاجية (إنفعالية) بارزة .

الاضطراب الهذائى **Delusional Disorder** ويتصف بوجود فترة تستغرق علي الأقل شهرا واحدا من الهذاءات غير الغريبة أو غير الشاذة، مع عدم وجود أعراض أخري للطور النشط للفصام.

الاضطراب الذهانى القصير **Brief Psychotic Disorder** ، وهو اضطراب ذهانى يستمر لأكثر من يوم واحد ويتحسن فى خلال شهر.

الاضطراب الذهانى الشراكى (جنون الإثنين) **Shared Psychotic Disorder** ، وهو اضطراب يتطور عند فرد يكون متأثرا بفرد آخر لديه هذاء يتصف بمحتوي مماثل .

وفى حالات الاضطراب الذهانى الذى يعزي إلي حالة طبية عامة **Psychotic Disorder Due to a General Medical Condition** ، فإن الأعراض الذهانية يجرى الحكم عليها علي أنها النتيجة الفيزيولوچية المباشرة لحالة طبية عامة .

وفي حالات الاضطراب الذهانى الناتج عن تعاطى العقاقير والمخدرات **Substance-Induced Psychotic Disorder** ، فإن الأعراض الذهانية يجرى الحكم عليها علي أنها النتيجة الفيزيولوچية المباشرة لسوء استخدام العقاقير أو المخدرات، أو للعلاج الطبى، أو التعرض للتسمم.

أما الاضطراب الذهانى غير المحدد النوعية **Psychotic Disorder Not Otherwise Specified** ، فيتضمنه هذا المجلد كذلك لتصنيف المظاهر الذهانية التى لا تستوفى محكات أي من الاضطرابات الذهانية النوعية المحددة فى هذا المجلد أو الأعراض الذهانية التى يوجد بشأنها معلومات متناقضة أو غير مناسبة.

أعراض الفصام

إن المظاهر الكلينيكية للفصام متقلبة، تتخذ أشكالا وأطوارا مختلفة، ومتباينة، تتغير مع مرور الوقت. ولذا فقد قيل أنه لكي نعرف الفصام علينا أن نعرف الطب النفسى. فبينما نجد

أن كثيرا من الأعراض، مثل الهلوسات، تكون واضحة فى بعض الحالات، فإن أعراضا أخري، مثل التسطح الوجدانى، تكون متوارية نسبيا ويسهل بالتالى علي الملاحظ العادى أن يغفل عنها. وتتوفر أعراض كثيرة واسمة للفصام، ولكنها قد توجد أيضا فى اضطرابات أخري، وهي لذلك لا تكون أعراضا نوعية للفصام.ولهذا، فإن تحديد معالم الصورة الكلينيكية للفصام شرط أساسى لتشخيص هذا الاضطراب وما لهذا من تضمينات علاجية. وتبدو معالم الصورة الكلينيكية للفصام فى الأعراض التالية (1) :

الاضطرابات المعرفية :

من المحتمل أن تكون الأعراض المعرفية أكثر الأعراض وضوحا وأهمية فى تشخيص الفصام، وتشمل الهلوسات والهذاءات واضطراب التفكير.

الهلوسات : تعتبر الهلوسات **Hallucinations** فى بعض الحالات هي السمة المميزة للفصام. وبالرغم من أنه قد بات من المقرر أن الهلوسات قد تحدث فى عديد من الاضطرابات الأخري، مثل اضطرابات المزاج والاضطرابات العضوية ، إلا أنها تظل أعراضا هامة للفصام. والهلوسات هي عبارة عن إدراكات حسية يخبرها الفرد ولا يوجد لها أساس فى الواقع، أي لا يوجد منبه خارجى يؤثر علي أعضاء الحس ، ولا يستطيع أن يميز الهلوسات عن الإدراكات الحقيقية. وهذه الهلوسات عادة ما يخبرها الفرد المصاب بالفصام علي أنها موجودة أصلا فى العالم الخارجى، أو بداخل جسمه ذاته، ولكنها ليست موجودة داخل العقل أي لا تدخل فى عملية التخيل مثلا.

وتختلف الهلوسات في درجة تعقيدها وفى نمط النشاط الحسى؛ فالمرضي بالفصام يبدون هلوسات سمعية، أو بصرية، أو لمسية، أو ذوقية، أو شمية، أو خليطا من هذه الأنماط . وتعد الهلوسات السمعية **Auditory hallucinations** أكثر الأنماط التى يمكن ملاحظتها فى الفصام؛ ويخبرها الفرد فى شكل ضوضاء أو موسيقي، وبخاصة فى شكل "أصوات" . وهذه الأصوات قد يتمتم بها، أو يسمعها بوضوح وتحديد ؛ وقد يسمع كلمات أو عبارات أو جمل. رقد تكون الهلوسات البصرية **Visual hallucinations** بسيطة أو مركبة، وتشمل ومضات الضوء، أو الأشخاص، أو الحيوانات، أو الأشياء؛ وهذه الهلوسات البصرية قد تبدو للفرد فى شكل أصغر من الإدراك الحقيقى أو أكبر منه؛ ويخبرها علي أنها موجودة خارج مجال الرؤية، كأن توجد خلف رأسه مثلا. أما الهلوسات الشمية **Olfactory hallucinations** والهلوسات الذوقية **Gustatory hallucinations** ، فغالبا ما يخبرها الفرد معا، وتؤدي إلي إحساسه بروائح ومذاقات غير سارة. ويخبر الفرد المصاب بالفصام الهلوسات اللمسية علي أنها إحساسات من أن هناك من يلمسه أو يخزه أو ينخسه، أو علي

أنها إحساسات كهربية، أو حتي إحساس بوجود حشرات تسري تحت الجلد ، وهو ما يطلق عليه مصطلح " التَنَمُّل" **Formication** ، أي تسري فيه كالنمل. وقد تحدث الهلوسات اللمسية فى شكل مشاعر لأعضاء الجسم التى قد يعتقد أنها تأخذ فى التمدد والانتفاخ؛ وقد يخبر الفرد إزاء ذلك حالة من الاستثارة الجنسية مثلا. ويلاحظ أن الهلوسات يخبرها المرضي بالفصام فى كل الثقافات، ولكنها تختلف فى درجة تواترها وفى نمطها.

الهذاءات : تتضمن الهذاءات **Delusions** اضطرابا في التفكير الاستدلالي أكثر منه اضطرابا فى الإدراك، وهي عبارة عن اعتقادات خاطئة يتمسك بها الفرد علي الرغم من وجود دلائل قوية علي العكس منها. وينبغي الحكم علي "خطأ" أو "عدم صحة" هذه الاعتقادات فى ضوء الخلفية التعليمية والثقافية للفرد. وقد تتضمن الهذاءات لدي المرضي بالفصام موضوعات **Themes** جسمية، أو دينية، أو الشعور بالعظمة ، أو العدمية، أو الاضطهاد. ويتباين محتوي الهذاءات كما يظهر مما يلي (1) :

ويلاحظ أن الهذاءات تختلف باختلاف الثقافات؛ فعلي سبيل المثال، قد يبدى مريض بالفصام فى الولايات المتحدة الأمريكية اضطرابا لاعتقاده بأن وكالة المخابرات المركزية تتبعه، فى حين أن مريضا آخر بإحدي القبائل البدائية قد يعتقد أن الأرواح الشريرة أو الشياطين تتتبعه.

ويعتبر "شنايدر" أنماطا معينة من الهلوسات السمعية والهذاءات، أعراضا "من الدرجة الأولي" **First-rank symptoms** ، يحددها فيما يلى :

* هلوسات لدي الفرد بأن أفكاره يتكلم بها بصوت عال.

* هلوسات أصوات فى شكل تعليقات أو تعقيبات مستمرة عليه.

* هلوسات أصوات تتحدث عنه(هلوسة "الشخص الثالث"**Third-person hallucination**) أو تتجادل معه .

* هلوسات جسمية تعزي إلي قوي خارجية (مثل أشعة * ، أو التنويم المغناطيسى).

* هذاءات بأن أفكارا تسحب من عقله أو تولج فى عقله بواسطة شخص آخر أو قوة خارجية.

* هذاءات بأن أفكاره تجرى إذاعتها علي الملأ إلي حد اعتقاده بأن أفكاره الخصوصية

معروفة للآخرين.

* إدراكات هذائية تعزي فيها المعانى البالغة الخصوصية إلي هذه الإدراكات.

* هذاءات بأنه مجبر علي فعل أشياء أو ابتغاء أشياء لا يريدها.

* هذاءات تجعله يشعر بانفعالات أو إحساسات (جنسية غالبا) ليست هي بانفعالاته أو إحساساته.

ويصف "شنايدر" هذه الهلوسات "من الدرجة الأولي" علي أنها ممتدة، وتتضمن أصواتا مسموعة بوضوح، وغالبا ما تقوم بالتعقيب علي أفعاله، وتتحادث عنه مع بعضها، أو تكرر أفكاره بصوت عال. أما الهذاءات "من الدرجة الأولي"، فتشمل التفكير المذاع "إذاعة الأفكار"، وسحب الأفكار، وإقحام الأفكار وإيلاجها ، وهذاءات السلبية **Delusions of passivity** (أي أن الفرد تتحكم فيه قوي خفية كما لو أنه دمية) . وقد وُجد أن هذه الهذاءات تظهر لدي ما يقرب من ثلاثة أرباع المرضي بالفصام، إلا أنه قد تبين أيضا أنها توجد لدي حوالى 1.% من مرضي الاضطرابات الذهانية المزاجية .

اضطرابات التفكير واللغة : لقد اعتبر "بلويلر" اضطراب التفكير علي أنه أكثر الأعراض أهمية فى الفصام. وتشمل أنماط اضطراب التفكير : فقدان الترابط بين الأفكار، والتفكير غير المنطقي، والتفكير زائد الإقحام، وفقدان القدرة علي التفكير التجريدى. ولقد استطاعت "أندريسين" (1) أن تحدد فئة مقننة لأنماط اضطراب التفكير تركز فيها علي الجوانب الموضوعية للغة والتخاطب (والتى تعتبرها مؤشرات تجربية "إمبيريقية" للتفكير)، مثل الخروج عن خط التفكير، وفقر الكلام، وفقر محتوي الكلام، والإجابات السطحية التى لا تتطرق إلي جوهر الموضوع بل تمسه بشكل عارض ("التماسية" **tangentiality**)، والتشتت، والتغير، واختلاق كلمات وتعبيرات جديدة وغريبة **neologisms** ، والمُصَاداة (الصُداء اللفظى) **echolalia**، والتوقف أو التعوق عن الكلام.

إن هذه الأشكال المختلفة من اضطراب التفكير يتم استنتاجها من ملاحظة كلام المرضي بالفصام، ولهذا فقد تم إدماج مفهوم "اضطراب التفكير" داخل مفهوم "الكلام المضطرب" **Disorganized speech** ؛ ويستخدم هكذا فى المحكات التشخيصية للفصام .

ويتضح الاضطرب المعرفى لدي الأشخاص المصابين بالفصام فى "نقص الاستبصار" **Lack of insight** ، الذى يعتبر سمة مشتركة بينهم. فقد لا يعتقد المريض أنه مريض أو شاذ بأية حال؛ وتكون الهلوسات والهذاءات بالنسبة له حقيقة وليست خيالا. ويعتبر فقدان الاستبصار أحد أكثر الأعراض صعوبة فى العلاج، بل وقد يظل قائما حتي

حينما تستجيب أعراض أخري (مثل الهلوسات) للعلاج. وعادة ما يكون التوجه والذاكرة عاديين لدي المريض بالفصام، إلا إذا تعرضا للاضطراب ارتباطا بالأعراض الذهانية، أو بالتشتيت وعدم الانتباه لديه، إلي حد أن بعض المرضي قد يبدى صعوبة فى تعرف عمره الصحيح .

الاضطرابات السلوكية والحركية :

يتطور لدي كثير من مرضي الفصام حالات من انعدام الإرادة، والاضطرابات الحركية المختلفة، وتغيرات فى السلوك الاجتماعى. وتتراوح أنماط السلوك المرضى بين الذهول التخشبى**Catatonic stupor** إلي الاهتياج التخشبى **Catatonic excitement**. ففى حالة الذهول التخشبى، يصير المريض عديم الحركة، ولا يتكلم، ولا يستجيب، ولكنه يظل واعيا تماما. أما فى حالة الاهتياج التخشبى، فيبدى المريض نشاطا حركيا غير هادف، لا يتحكم فيه. وقد يبدى بعض المرضي مرونة زائدة كالشمع **Waxy flexibility** (أو ما يعرف باللاتينية بالتشكل الشمعى **Flexibilitas cerea**)، حيث يسمحون لأنفسهم بأن يبقوا فى أوضاع غير مريحة ويظلون هكذا دون أن يبدوا ضيقا أو ألما. وعادة ما يتخذون أوضاعا جسمية غريبة أو غير مريحة ويظلون هكذا لفترات طويلة؛ فعلي سبيل المثال، قد يجلس مريض القرفصاء لعدة ساعات ، ويبدى ضيقا واضحا إذا ما حاول المحيطون به تعديل وضعه الجسمى .

ويتطلب العديد من اضطرابات الحركة التى تحدث فى الفصام تمييزها عن التأثيرات الجانبية لعقاقير مضادات الذهان والاختلال الحركى المتأخر **Tardive dyskinesia**. وتشمل هذه الاضطرابات : النمطية **Stereotypy** ، وهى الحركة المتكررة غير الهادفة مثل الاهتزاز أو التأرجح؛ والأفعال المتكلفة **Mannerisms** ، وهى أنشطة تكون إما غريبة فى مظهرها أو لا تتعلق بظروف الموقف، مثل تكرار تحريك يده بسرعة علي شعره، أو التكشير. وتظهر أعراض أخري، وإن كانت أقل شيوعا، مثل الصُداء الحركى **Echopraxia** ، أي تقليد حركات وإيماءات شخص آخر ؛ والطاعة الآلية **Automatic obedience**، أي تنفيذ أوامر بسيطة بطريقة أشبه بالإنسان الآلى (الروبوت) ؛ والخُلفة **Negativism** ، أي رفض التعاون فى أداء مطالب بسيطة دون سبب واضح .

ويبدى مرضي الفصام تدهورا واضحا فى السلوك الاجتماعي، يظهر خاصة فى الانسحاب الاجتماعي. وكثيرا ما يهملون أنفسهم، ويصيروا غير مرتبين، وقذرين، ومهملين، ويرتدون ملابس قذرة، أو بالية، أو ممزقة، أو غير مناسبة . ويهملون ما يحيط بهم حتي يتحول المكان إلي فوضي وركام وإزعاج. وقد يصل إهمال الذات فى بعض الحالات إلي درجة شديدة يلاحظها الجيران الذين قد يلجأون إلي إبلاغ السلطات فى هذا الشأن. وقد تنشأ

لدي هؤلاء المرضي أنماط من السلوك الغريب والشاذ عن المعايير الاجتماعية المتعارف عليها ، مثل الاستمناء علي الملأ أمام الآخرين، والصياح بألفاظ فاحشة .

ويشيع إدمان العقاقير والمخدرات، وخاصة الكحوليات ، لدي بعض مرضي الفصام بمعدلات عالية تفوق تلك المعدلات التى وجدت بين أفراد المجتمع (1) . ويشيع بينهم كذلك تدخين السجائر . وقد تبين من نتائج إحدي الدراسات أنه يوجد ثلاثة أشخاص يدخنون السجائر من بين كل أربعة أشخاص من المرضي الفصاميين (2) .ويميل المرضي الفصاميون المتعاطون للعقاقير والمخدرات إلي أن يكونوا أصغر سنا، وغالبا من الذكور ، ويبدون أعراضا ذهانية أكثر، وعدم انتظام فى العلاج، وإيداع أكثر بالمستشفيات (3) .

الاضطرابات الوجدانية :

لقد اعتبر كل من "كرابيلين" و "بلويلر" نقص الاستجابية الوجدانية (مثل، التسطح الوجدانى **Affective flattening**) عرضا من الأعراض الواسمة للفصام. فالمرضي الفصاميون تتطور لديهم حالة من تناقص أو اختزال شدة التعبير الانفعالى وكثافته، ومن ضآلة الاستجابة الانفعالية، وقد تصل بهم هذه الحالة إلي حد البلادة واللامبالاة. ويبدو ذلك فى مظاهر واضحة مثل عدم تغيير تعبيرات الوجه، وتناقص الحركة التلقائية، وفقر الإيماءات التعبيرية، وافتقار إتصال العين، وعدم التغيير فى مقامات الصوت أو ارتفاعه، والكلام المتباطيء (1)

ويشيع أيضا بين المرضي الفصاميين فقدان القدرة علي الشعور باللذة **Anhedonia** ؛ فالكثير منهم يبدون عجزا عن أن يخبروا من مواقف الحياة شعورا باللذة أو السرور أو البهجة، بل وقد يصفون أنفسهم بأنهم يشعرون بخلوهم من الانفعالات. ويتصف تعبيرهم عن انفعالاتهم بأنه غير مناسب، مثل الضحك والقهقهة حينما يخبروهم بوفاة قريب لهم . ويظهر من نتائج بعض الدراسات، أن أكثر من 6.% من المرضي الفصاميين تتطور لديهم أعراض اكتئابية جوهرية (1) . ولكن يصعب غالبا تشخيص الاكتئاب لدي المرضي الفصاميين، وذلك بسبب تداخل أعراض الفصام والاكتئاب. وبالإضافة إلي ذلك، فقد يتسبب تناول عقاقير مضادات الذهان فى نشأة حالة أشبه بالاكتئاب، ولكنها فى واقع الأمر حالة من فقدان الحركة الناتجة عن تعاطى العقاقير **Drug-induced akinesia**. فهذا الاكتئاب قد يختفى حينما يجرى خفض تناول مضادات الذهان، أو يضاف إلي العلاج عقاقير مضادات إفراز الكولين **Anticholingeric medication (2)**. ويعترف "التصنيف الدولى العاشر" 1992 **ICD-1.** بفئة يطلق عليها "الاكتئاب التالى للذهان" **"(Postpsychotic depression)"** ، وتلك حالة من الاكتئاب التام تحدث بعد التحسن من الطور النشط لأعراض الذهان. ولكن ، وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع **DSM-IV** ، يتم

تشخيص الاكتئاب التالى للذهان، أو الاكتئاب الأساسى الذى يحدث لدي مريض بالفصام، علي أنه اضطراب اكتئابى غير محدد النوعية .

الأعراض الموجبة والسالبة (1) :

لقد وجد الاختصاصيون الكلينيكيون أنه من المفيد أن نصف الأعراض الفصامية النمطية علي أنها أعراض موجبة أو أعراض سالبة، وذلك علي الرغم من أن المرضي عادة ما يكون لديهم خليط من هاتين الفئتين من الأعراض الواسمة للفصام (2) .تعكس الأعراض الموجبة **Positive symptoms** ، حالة من النشاط العقلى الشاذ، تبدو فى أعراض مثل الهلوسات ، والهذاءات، واضطراب التفكير الصورى الموجب **Positive formal thought disorder** الملحوظ (كما يظهر فى شكل عدم الترابط بين الأفكار **Incoherence** ، والخروج عن خط التفكير **Derailment** ، والتماسية (أو هامشية الأفكار أو التفكير العرضى) **Tangentiality** أي مس الموضوع من السطح دون الجوهر، أو اللامعقول أو انعدام المنطق **Illogicality**)، والسلوك المضطرب أو الغريب . أما الأعراض السالبة **Negative symptoms** ، فتعكس اختلالا أو إعاقة فى الوظاف العقلية التى توجد بشكل عادى لدي المرضي الفصاميين - مثل ، فقر أو افتقاد الكلام **Alogia** (أي فقر ملحوظ فى الكلام، أو فقر محتوي الكلام)،والتسطح الوجدانى، وانعدام الشعور باللذة (الاغتمام) **Anhedonia** ، واللاإجتماعية **Asociality** (أي انعدام القدرة علي أن يخبر الفرد لذة أو بهجة ، وقلة الاتصالات الاجتاعية)، وانعدام الإرادة **Avolition** ، والبلادة **Apathy** (أي الوهن أو افتقاد النشاط **Anergia** ، ونقص المثابرة فى العمل أو الدراسة)، واضطراب الانتباه.

إن هذا التصنيف يشبه ما قدمه "بلويلر" من تمييز بين الأعراض الأساسية والثانوية. وقد طورت "نانسى أندريسين" مقياسىن لتقدير هاتين الفئتين من الأعراض الواسمة للفصام،وهما: مقياس تقدير الأعراض الموجبة **Scale for the Assessment of Postive Symptoms (SAPS)** ، ومقياس تقدير الأعراض السالبة **Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)**. وتوضح نتائج الدراسة التى أنشأت فيها هذين المقياسين وطبقتهما علي عينة من 111 مريضا فصاميا، مدي تكرار هاتين الفئتين من الأعراض الموجبة والسالبة لدي هؤلاء المرضي الفصاميين، كما يلى (1) :

وقد أولت بعض الدراسات اهتماما بالعلاقة المتبادلة بين الأعراض الموجبة والسالبة. وتميل

الدراسات الحديثة إلي افتراض أن هذه الأعراض تعكس أبعادا لاضطراب الفصام وليس فئات مرضية منفصلة، وأنه بناء علي ذلك توجد ثلاثة أبعاد، وليس بعدين ، للفصام؛ فالأعراض الموجبة تنقسم إلي بعدين وهما : الذهانية **Psychoticism** (أي الهذاءات والهلوسات) والتفكك أو الفوضي العقلية المفرطة **Disorganization** (أي الكلام المضطرب والسلوك المضطرب والوجدان غير المناسب)؛ وتمثل الأعراض السالبة البعد الثالث. ولكن، لا تزال العلاقة بين هذه الأبعاد الثلاثة وما يكمن وراءها من عوامل مرضية موضع بحث ومناقشة (1) .

أعراض فيزيولوچية وعصبية (2) :

تبدى نسبة كبيرة من المرضي الفصاميين دلائل علي وجود ليونة عصبية غير موضعية **Nonlocalizing neurological soft signs**، تشمل اختلالات فى تعرف الأشياء المجسمة باللمس **Stereognosis** ، وتحسس المخططات أو الرسوم البيانية **Graphesthesia** ، والتوازن **Balance** ، وإدراك الأشياء بالمستقبلات الحسية **Proprioception** (عن طريق العضلات والأوتار العضلية) (1) . وتذهب بعض الدراسات إلي أن هذه الاختلالات تعكس اضطرابا في التكامل بين المعلومات الواردة عن طريق المستقبلات الحسية العميقة **Proprioceptors** والمعلومات الحسية الأخري (2) .

وغالبا ما يلاحظ علي المرضي الفصاميين اختلالا فى حركة العين المُتَابعة السلسة **Smooth pursuit eye movement (SPEM)** ؛ وهو اضطراب فى عملية الاقتفاء البصرى للأشياء المتحركة. وقد لوحظ هذا الاضطراب أيضا لدي هؤلاء الأفراد بعد تحسنهم من الفصام، وكذلك لدي أقاربهم، الأمر الذى قد يفترض معه أن هذا الاضطراب قد يعد علامة حيوية واسمة **Biological marker** للفصام. وتبدو هذه الاضطرابات أيضا فى التثبيت البصرى **Visual fixation** ، وانعدام التواصل البصري **Eye contact** أو تجنبه، والتحديق لفترات طويلة، وزيادة معدلات اختلاج العينين **Blink rates** أو نقصانها، ونوبات من الاختلاج السريع. وتشير التقارير الكلينيكية إلي أن الانحراف الجانبى المفاجيء والمتكرر والقصير للعينين لأي من الجانبين ، والمصحوب بتوقف الكلام أو عدم الانتباه، قد يعد من الدلائل المبكرة للفصام (1) .

وقد تظهر لدي بعض المرضي اضطرابات في النوم، أو الميل الجنسى، أو فى غير ذلك من الوظائف الجسمية. فقد سجلت دلائل علي أشكال عديدة من اضطراب النوم لدي حالات الفصام، وأبرز هذه الأشكال تناقص نوم دلتا **Delta sleep** مع تضاؤل المرحلة "4" (**Stage "4**") من عملية النوم واضطراب مراحلها وفيزيولوچيتها (2) . أما النشاط

الجنسى، فغالبا ما يكون الاهتمام به ضئيلا، ولا يشعرون بلذة من جرّاء الخبرة الجنسية (3)

ويبدى المرضي الفصاميون أيضا اضطرابا فى توظيف المناعة **Immune functioning**، وتشمل اختلالات فى دوران الخلايا اللمفاوية **Circulating lymphocytes** ، ومستوي الجلوبولين المولد للمناعة **Immunoglobulin** فى السائل المخى الشوكى **Cerebrospinal Fluid (CSF)** ، وكذلك فى إنتاج الأجسام المضادة فى الدماغ. وقد ظهر من نتائج بعض الدراسات أن المرضي الفصاميين تزداد لديهم الخلايا اللمفاوية المعروفة بالرموز **CD5 + beta - lymphocytes** ، وهي الخلايا التى تبين أنها تزداد لدي المرضي المصابين باضطرابات نقص المناعة التلقائى **Autoimmune disorders** ، بما فيها التهاب المفاصل الروماتيزمى **Rheumatiod arthritis**. وقد تشير هذه الذتائج إلي وجود دلائل عن عدوي خفية فى الجهاز العصبى المركزى؛ وربما يُفسر ذلك أن نقص المناعة التلقائى لديهم قد يعزي إلي عامل العدوي، أو قد يعنى ذلك وجود اضطراب أولى لنقص المناعة التلقائى لديهم (1).

أنماط الفصام وأشكاله

قد يبدو مما عرضناه أن الفصام اضطراب واحد، ولكن قد بات من الواضح الآن أن الفصام يتضمن مجموعة من الاضطرابات. ويحدد "الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع -**DSM IV** 1994)خمسة أنماط فرعية للفصام، وهي : الهذائى (البارانويى) ، والمراهقة، والتخشبى، وغير المميز، والمتبقى. أما "التصنيف الدولى العاشر" 1992) **ICD-1.**) ، فيضيف إليها ثلاثة أنماط أخري، وهي : الفصام البسيط ، والاكتئاب التالى للفصام، والنمط الآخر للفصام. ويتصف كل نمط من هذه الأنماط بالأعراض الأساسية الواسمة للفصام، ولكنه يختلف عن غيره من الأنماط الأخري إرتباطا بوجود عرض مهيمن أو فئة من الأعراض المهيمنة، أو بعدم وجود عرض أو فئة من الأعراض. والواقع أن الهدف الرئيسى لتصنيف الفصام إلي أنماط فرعية هو تحسين الصدق التنبؤى، ومساعدة المعالجين علي حسن اختيار العلاج والتنبؤ بالنتائج ، وكذلك مساعدة الباحثين علي تحديد الأنماط المتجانسة ووصفها بدقة. ولكن لازالت هناك قضايا كثيرة موضع بحث، وتجعل هذا الهدف غير محقق علي الوجه الأكمل. وفى ضوء ذلك نعرض لأنماط الفصام فيما يلي (1) :

الفصام الهذائي أو الپارانويى (فصام أو جنون العظمة)

Paranoid Schizophrenia :

يعد الفصام الهذائى(الپارانويى) أكثر الأنماط شيوعا في معظم أنحاء العالم. ويتصف هذا النمط بهيمنة واحد أو أكثر من الهذاءات أو الهلوسات السمعية المتكررة؛ فى حين لا يسود فى هذا النمط ولا تهيمن عليه اضطرابات الوجدان، والإرادة، والكلام، والأعراض التخشبية. وقد كان "كرايپلين" هو أول من حدد النمط الپارانويى للفصام، وما يتضمنه من هذاءات شاذة ومتقطعة، ومن تدهور الشخصية. أما "بلويلر"، فقد ذهب إلي أن كل اضطرابات ذهان العظمة **Paranoid psychotic disorders** تعد أشكالا للفصام .

وقد تضمن "الدليل التشخيصى والإحصائى الأول" 1952) **DSM-I**) النمط الهذائي (الپارانويى) للفصام؛ ولا زال هذا النمط من الأنماط الأساسية للفصام. فقد واصل الباحثون والاختصاصيون الكلينيكيون جهودهم فى تحديد مكونات هذا النمط وأعراضه الواسمة له. فقد قارنت إحدي الدراسات بين 62 مريضا بالفصام الپارانويى و115 مريضا بفصام المراهقة. وقد تبين أن بداية المرض عند الأفراد ذوى الفصام الهذائي كانت فى سن متأخر وكانوا أكبر سنا عند إيداعهم بالمستشفيات أو المصحات النفسية من الأفراد ذوى فصام المراهقة؛ وربما كانوا أيضا متزوجين، ولديهم أبناء، ويزاولون عملا. وكان أقارب المرضي بالفصام الپارانويى أكثر تعرضا لاحتمالات الإصابة بالفصام من الأفراد ذوى فصام المراهقة (1). وقارنت دراسة أخري بين ثلاث مجموعات من مرضي الفصام الهذائي وفصام المراهقةوالفصام غير المميز، من حيث نسق تطور المرض لديهم؛ وتبين أن المرضي بالفصام الپارانويى كانوا أكبر سنا عند بداية ظهور المرض، وأن هذا النمط قد تطور بسرعة لدي الأفراد ممن كان أداؤهم لوظائفهم جيدا قبل المرض **Premorbid functioning** ، وكانت نتائج العلاج معهم أفضل (1) .

فصام المراهقة **Disorganized Schizophrenia** (الفصام الهيبفريني **Hebephrenic Schizophrenia**) :

لقد كان "إيوالد هيكر" **Ewald Hecker** أول من وصف فصام المراهقة (أو "الهيبفرينيا" **Hebephrenia).** ويتصف هذا النمط بالكلام المضطرب والسلوك المضطرب، والوجدان السطحى أو غير المناسب؛ ولا يستوفى محكات نمط الفصام التخشبى. وإذا وجدت حالات من الهذاءات والهلوسات، فإنها تكون متقطعة، ولا تشبه الهذاءات والهلوسات المنتظمة الواسمة للفصام الپارانويى. ويتسم فصام المراهقة علي وجه التحديد ببداية مبكرة لظهور المرض تبدأ مع التطور الخادع لأعراض مثل انعدام الإرادة، والتسطح الوجدانى، وتدهور

عادات الفرد ، والاضطراب المعرفي، وكذلك الهذاءات والهلوسات. وتكشف التقارير الكلينيكية عن أن المرضي بالفصام الهيبفرينى يتصفون بوجود تاريخ عائلى للاضطرابات المرضية، وبفقر أدائهم لوظائفهم قبل المرض، بتشخيص مآل بعيد المدى ينبيء بسوء الحالة واستمرار المرض، وذلك أكثر من المرضي بالفصام الهذائي. وغالبا ما يبدو المرضي بالفصام الهيبفرينى علي أنهم كالأطفال، كما يبدون سلوكا ينم عن السخافة، وعن افتقاد الهدف؛ ويأتون بأفكار مصطنعة أو متكلفة، وقد تتضمن أفكارا فلسفية ودينية أو مجردة تضيف إلي السامع صعوبة في متابعة خط تفكيرهم .

الفصام التخشبى **Catatonic Schizophrenia** :

يعزي إلي "كارل كالباوم" **Karl Kahlbaum** تقديم أول وصف للتخشب (الكاتاتونيا) **Catatonia** عام 1874، حيث استخدم هذا المصطلح لوصف اضطراب يأخذ أعراضا مختلفة خلال مراحل تطوره، ويشمل "السوداوية (الميلانخوليا) **Melancholy** ، والهوس، والذهول أو الانشداه، والارتباك، ثم الخرف فى النهاية" . ويضيف أيضا أعراضا مرضية حركية، وحسية، ولفظية في المراحل المختلفة للتخشب، تشمل الخرس أو الصُمات **Mutism** ، والخُلفة **Negativism**، والثرثرة **Verbigeration** ، والحركات النمطية، والمرونة المفرطة كالشمع **Waxy flexibility** ، وتناقص الحساسية للألم.وقد حدد "كرابيلين" و "بلويلر" أيضا الفصام التخشبى كنمط فرعى من أنماط الفصام. ويحدد كلا من "الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع" **DSM-IV** و"التصنيف الدولى العاشر" **ICD-1** . الفصام التخشبى باعتباره نمطا أو شكلا للفصام يسود فيه إثنان علي الأقل من الأعراض التالية : عدم القدرة الحركية كما تظهر فى شكل الجُمْدة **Catalepsy** أو الذهول أو الإنشداه **Stupor** ، والنشاط الحركى الزائد، والخُلْفَة المفرطة أو الخرس المفرط، ووجود خصائص للحركة الإرادية (مثل الأداءات الحركية النمطية، والأفعال المصطنعة أو المتكلفة، والتكشير)، والمُصاداة أو الصُداء اللفظى **Echolalia** والصُداء الحركى **Echopraxia** .والواقع أن هذا النمط من أنماط الفصام قد صار أقل شيوعا عما كان فى الماضى؛ وقد يعزي ذلك إلي تقدم أساليب العلاج.

ويلاحظ أن أعراض الفصام التخشبى قد تظهر فى الأنماط الأخري للفصام، أو فى الاضطرابات الطبية النفسية الأخري (مثل ، اضطرابات المزاج والاضطرابات النفسية العضوية)، وفى عديد من الحالات الأخري مثل الالتهاب الدماغى الفيروسى **Viral encephalitis**، ووجود أورام بالفصوص الجبهية بالدماغ **Frontal lobe tumors** ، وتعطل العملية الأيضية **Metabolic derangement** ، وردود الفعل للتسمم. ولهذا فإن المريض الذى يبدى معالم تخشبية يتطلب أن تتخذ بشأنه كافة الأساليب والإجراءات الدقيقة

للقياس والتقدير، وصولا إلي التشخيص الفارق فى مثل هذه الحالات.

الفصام غير المميز **Undifferentiated Schizophrenia** :

يتضمن كلا من " الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع" **DSM-IV** و"التصنيف الدولى العاشر" **ICD-1**. نمط الفصام غير المميز، وهو فئة أخري تطلق علي المرضي الذين يستوفون محكات الفصام، ولكن لا يستوفون محكات تشخيص النمط الهذائي أو النمط الهيبفريني أو النمط التخشبى. وعلي الرغم من أن هذا المصطلح شائع بين الاختصاصيين الكلينيكيين ، إلا أن الكثير منهم يستخدمونه بطريقة غير محددة .

الفصام المتبقي (أو الفصام الترسبي) **Schizophrenia Residual** :

ويندرج فى هذا النمط تلك الفئة من المرضي الذين لم تعد لديهم أعراض ذهانية مهيمنة ولكنهم كانوا يستوفون محكات الفصام فى مرحلة سابقة، ولا تزال لديهم دلائل المرض؛ ويظهر ذلك فى وجود أعراض سالبة، أو إثنين أو أكثر من الأعراض البارزة فى الفصام، وتوجد فى شكل خفيف (مثل ، الاعتقادات الغريبة، والخبرات الإدراكية غير العادية).

الفصام البسيط **Simple Schizophrenia** :

كان هذا النمط من الفصام متضمنا فى "الدليل التشخيصي والإحصائى الثانى" **DSM-II** (1968) ولكن "التصنيف الدولى العاشر" 1992) **ICD-1.**) ظل محتفظا به باعتباره واحدا من أنماط الفصام أو أشكاله. وهذا النمط يشبه كثيرا اضطراب الشخصية نظير الفصامى **Schizoid personality disorder** أو اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامى **Schizotypal personality disorder**. ويعد هذا النمط اضطرابا غير شائع، يتصف بتطور خادع، ولكنه متوال، للسلوك الغريب، والعجز عن تلبية مطالب المجتمع، وبتدهور فى الأداء الكلي. ولا تظهر فى هذا النمط هذاءات وهلوسات؛ كما أنه أقل ذهانية من النمط الهذائي أو فصام المراهقة أو النمط التخشبى للفصام. وتتطور الأعراض السالبة للفصام البسيط (مثل بلادة الانفعالات، وفقدان الإرادة) دون أن تكون مسبوقة بأية أعراض ذهانية ظاهرة .

الاكتئاب التالي للفصام **Post-schizophrenic depression** :

يتضمن "التصنيف الدولى العاشر" 1992) **ICD-1.**) هذا النمط من الفصام؛ ويتصف بنوبة اكتئابية قد تمتد لفترة طويلة، وتنشأ نتيجة لتأثير مرض الفصام؛ وتظل بعض الأعراض الفصامية قائمة ولكنها لا تعد تهيمن علي الصورة الكلينيكية. وقد تكون هذه الأعراض

الفصامية القائمة "موجبة" أو "سالبة" ، بالرغم من أن الأعراض الموجبة أكثر شيوعا. ولم تؤكد البيانات الكلينيكية إلي أي حد تتكشف الأعراض الاكتئابية خلال تطور الأعراض الذهانية المبكرة (وليس تطورا جديدا للأعراض الاكتئابية)، أم أنها جزء داخلى من صميم مكونات الفصام وليس رد فعل نفسى له. ومن النادر أن تكون هذه الأعراض الاكتئابية شديدة أو ممتدة لتستوفى محكات نوبة اكتئابية شديدة؛ كما أنه من الصعب أن نقرر أيا من أعراض المريض تعزي إلي الاكتئاب وأيا منها يعزي إلي العلاج بالعقاقير النفسية أو إلي اضطراب الإرادة والتسطح الوجدانى للفصام ذاته. ويرتبط هذا الاضطراب الاكتئابى بتزايد إحتمالات خطر الانتحار .

أطوار الفصام

لقد قدمنا وصفا للصورة الكلينيكية للفصام ، ولأنماطه الشائعة. واستكمالا لفهم هذا الاضطراب ولدقة الأحكام الكلينيكية، فإنه من الأهمية بمكان أيضا أن نميز بين الفصام وبين فئات أخري من الاضطرابات الذهانية التى تتضمن فى بعض الحالات نفس الأعراض التى يتضمنها الفصام. وتشمل هذه الاضطرابات الذهانية المتصلة بالفصام ما يلى(1) :

الاضطراب الذهاني القصير **Brief Psychotic Disorder** :

يتحدد الفارق بين الاضطراب الذهانى القصير الأجل والفصام علي أساس طول مدة المرض وأسبابه. فالاضطراب الذهانى القصير الأجل يستمر فقط لفترة تتراوح ما بين عدة ساعات وشهر واحد (ولهذا فهو اضطراب "قصير" نسبيا) ؛ ويعزي غالبا إلي ما قد يتعرض له الفرد من ضغوط شديدة غامرة . ولقد كان يطلق علي هذا الاضطراب قبل "الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع " **DSM-IV** "الذهان الاستجابى القصير " **Brief Reactive Psychosis**.وتختلف أعراض هذا الاضطراب عن الفصام الذى يستمر لفترة ممتدة من حياة الفرد، ولا ترتبط بدايته عادة بضغوط أو بحدث معين. ولعلنا نلاحظ أمثلة كثيرة من حالات الاضطراب الذهانى القصير بعد الكوارث المختلفة (مثل الحروب ، أو الكوارث الطبيعية). ويعكس تغيير مصطلح هذا الاضطراب (من رد الفعل إلي اضطراب) تغيرا فى النظرة إلي الأعراض الفصامية علي أنها لا تكون استجابة لضغوط بيئية.

الاضطراب الفصامي الشكل **Schizophreniform Disorder** :

استخدم" جابرييل لانجفيلد" **Gabriel Langfeldt** مصطلح الاضطراب "الفصامى الشكل" لأول مرة عام 1939 لوصف الأذهنة **Psychoses** الحادة والاستجابية والتي

تحدث لدي أشخاص ذوي شخصيات عادية. ويقدم "الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع" **DSM-IV** تصورا مختلفا إلي حد ما. فهذا الاضطراب يتطلب أعراضا نشطة موجبة أو سالبة، ولا يعزي إلي الاضطراب الفصامى الوجدانى أو اضطراب المزاج مع معالم ذهانية، وكذلك لا يعزي إلي التأثيرات المباشرة لتعاطى مادة من مواد العقاقير أو المخدرات أو إلي حالة طبية عامة، ويستمر لفترة شهر واحد علي الأقل ولكن ليس لأقل من ستة أشهر. ويتغير تشخيص هذا الاضطراب إلي الفصام إذا تجاوزت الأعراض فترة ستة أشهر، حتي وإن كانت الأعراض متبقية أو مترسبة .

وتتضح نواحى الاختلاف بين الفصام والاضطراب الذهانى القصير والاضطراب الفصامى الشكل فى الاختلاف فى تشخيص المآل **Prognosis**. فتشخيص المآل بالنسبة لشخص يعانى من الفصام عادة ما يكون رديئا، ذلك أنه من المحتمل أن يستمر هذا المرض معه طيلة حياته. أما بالنسبة للاضطراب الذهانى القصير والاضطراب الفصامى الشكل، فإن تشخيص المآل يكون جيدا، حيث تختفى الأعراض فى غضون أربعة أسابيع أو ستة أشهر علي التوالي. ولهذا، فإن الأشخاص من ذوى هذين الاضطرابين عادة ما يبدون تحسنا ويبرأون من أعراضهم.

الاضطراب الفصامي الوجداني **Schizoaffective Disorder** :

يتضمن هذا الاضطراب ، كما يشير مسماه، خليطا من الفصام واضطراب المزاج (الاكتئاب أو الهوس) . ولتشخيص الاضطراب الفصامى الوجدانى ينبغى أن يظهر لدي الفرد فى وقت واحد أعراض الفصام واضطراب المزاج، ثم يبدى فى وقت آخر أعراض الفصام فقط .

الاضطراب الهذائي **Delusional Disorder** :

لقد كان يشار إلي هذا الاضطراب قبل "الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل" (1987 **DSM-III R**) علي أنه "الاضطراب البارانويى" . وتبدو الأعراض الأساسية للاضطراب الهذائى فى وجود واحد أو أكثر من الهذاءات. ولكن هذه الهذاءات فى حالة هذا الاضطراب، خلافا لبعض الهذاءات الفصامية، تكون هذاءات غير شاذة، أي تتضمن مواقف يمكن أن تحدث فى الحياة الواقعية، كأن يوضع سم للفرد، أو يكون هناك من يتبعه، أو يتعرض للعدوي، أو يكون محبوبا من شخص عن بعد، أو أن يكون هناك من يكيد له. وقد توجد هلوسات سمعية وبصرية فى بعض الحالات؛ ولكنها حينما توجد فإنها تكون محدودة بدقائق قصيرة قليلة وليس طيلة اليوم كما هو الحال بالنسبة للفصام.

ويلاحظ أن الأفراد ذوى الاضطراب الهذائى لا يبدون هلوسات مستديمة، واضطرابات فى

التفكير ، وتدهورا عاما فى أدائهم العقلي مما نلاحظه فى حالات الفصام. وينبغى أن يستبعد من تشخيص الاضطراب الهذائى الأسباب العضوية المحتملة للهذاءات، والهذاءات الناتجة عن تعاطى العقاقير أو المخدرات وبخاصة الأمفيتامينات.

أطوار الفصام

يأخذ تطور الفصام نسقا مميزا ، يمكن تحديده فى ثلاثة أطوار أو مراحل، وهي (1) :

طور بوادر المرض **Prodromal phase** :

يبدأ الفصام غالبا بهذا الطور الذى يسبق المرحلة النشطة للمرض بسنوات كثيرة فى بعض الحالات. وفى هذا الطور تبدأ إمكانات الفرد فى أداء وظائفه العقلية والاجتماعية فى التدهور، ولذلك يتصف هذا الطور بالانسحاب الاجتماعى وبتغيرات فى السلوك والاستجابة الانفعالية. وتظهر فى هذه الفترة بعض ضروب السلوك الخاصة، وتصبح الانفعالات غير مناسبة، وتحدث خبرات إدراكية غير عادية. وتتراوح الفترة التي يستغرقها هذا الطور بين أيام قليلة إلي سنوات كثيرة.وفى الحالات التى يكون فيها هذا الطور ممتدا ويبدى الفرد تطورا شديدا وغادرا أو فتاكا، فعادة ما يكون تشخيص المآل بعيد المدي سيئا لا يتوقع معه نتائج جوهرية للتحسن.

الطور النشط (طور نشاط المرض) **Active phase** :

إن طور بوادر المرض يتبعه "الطور النشط"، حيث تكون الأعراض الذهانية واضحة ومهيمنة، مثل الهذاءات والهلوسات، واضطرابات التفكير واللغة والسلوك . وتعتبر هذه المرحلة متفجرة بالتغيرات الواضحة، وباعثة علي الإزعاج للأقارب والأصدقاء، وتؤول غالبا إلي تدخل علاجى، بما فيه أيضا من إيداع بمستشفي أو مصحة نفسية .

طور بواقي المرض (الطور الترسبى) **Residual phase** :

ويأتى هذا الطور تاليا للطور السابق، ويشبه طور بوادر المرض من حيث أن صورة الأعراض تصبح مرة أخري أقل وضوحا، علي الرغم من أن التسطح الوجدانى واضطراب أداء الفرد لأدواره قد يكون فى هذا الطور أسوأ مما كان من قبل. وقد تظل الأعراض الذهانية قائمة إبان هذا الطور، ولكن بمستوي أقل شدة وأقل أهمية بالنسبة للفرد . ويتصف هذا الطور أيضا بالبلادة أو التسطح فى الحالة المزاجية وبانخفاض مستوي الأداء

العقلى. وقد تقطع هذه المرحلة حالات يعود خلالها الطور النشط مرة أخري، أو حدوث تفاقم حاد. ومن الصعب التنبؤ بمدي تكرار حدوث هذه الحالات وبتوقيتها، علي الرغم من أن المواقف الضاغطة قد تسبق هذه الانتكاسات. وقد تكون هذه الانتكاسات مسبوقة بتغيرات فى التفكير أو المشاعر أو السلوك يلاحظها المريض وأعضاء أسرته.

وتميل أعراض الفصام إلي أن تتغير مع الوقت؛ فقد تزداد لدي المرضي الأعراض الموجبة فى فترة مبكرة من مرضهم، ولكن تنشأ عندهم مع تطور المرض أعراض سالبة. فقد أظهر بعض الباحثين أن 85% من المرضي بالفصام كانوا يعانون فى البداية من هذاءات الاضطهاد، ولكن بعد عشر سنوات كانت هذه الأعراض تظهر لدي 5.% منهم، وبعد عشرين عاما لدي 4.% منهم. وينطبق ذلك أيضا علي أعراض مثل الهلوسات والأعراض الحركية. ومن ناحية أخري، فقد تبين أن أعراضا سالبة، مثل انعدام الإرادة واللاإجتماعية والتسطح الوجدانى، تزداد شيوعا مع مرور الوقت من حيث معدلات تواترها (1).

عواقب الفصام

اهتم بعض العلماء والمراكز العلمية بالبحث فيما ينجم عن الفصام من نتائج أو عواقب علي مدي حياة الفرد المصاب بها المرض؛ وتعرف هذه الجهود ب "دراسات العواقب" **Outcome studies** ، وحيث تركز أيضا علي إمكانية التنبؤ بهذه العواقب (1) :

تقدم دراسة مسحية لست دراسات فى هذا الشأن، وتشتمل علي 3137 مريضا بالفصام، عواقب ذات مغزي كما يلى (2) : أن 13% من هؤلاء المرضي قد أبدوا عواقب جيدة، و 45% عواقب سيئة، و42% عواقب متوسطة. كما وجد فى أربع دراسات اختلاف ملحوظ فى عواقب الفصام بعد الإيداع فى المستشفي أو المصحة للمرة الأولي وذلك لدي 477 مريضا، حيث تبين أن 29% منهم يبدون عواقب جيدة، و3.% عواقب رديئة، و41% عواقب متوسطة. وتتحدد العواقب الجيدة **Good outcome** علي أنها عدم الإيداع بالمستشفي أو المصحة مرة أخري أثناء فترة المتابعة لتلك الحالات، والعواقب السيئة **Bad outcome** علي أنها الاستمرار فى الإيداع بالمستشفي أو المصحة أثناء فترة المتابعة. وتبرز هذه الدراسة المسحية أنه توجد فروق ملحوظة فى عواقب الفصام بين الإيداع لأول مرة مقارنة بالإيداع المتكرر فى مرات لاحقة. وتكشف هذه الدراسة تاريخياعن وجود تحسن كلى إلي حد ما فى عواقب الفصام فى فترات مختلفة من القرن العشرين، وخاصة فيما يتعلق بنسب العواقب السيئة (83% فى العقد الأول من القرن العشرين، 6.% فى

الثلاثينيات، 43% فى الخمسينيات، 26% فى السبعينيات من هذا القرن) . ويذهب بعض الباحثين إلي أن هذا التحسن قد يعزي إلي عدة عوامل، مثل التقدم فى العلاج بعقاقير مضادات الذهان، وتغير مفاهيم الفصام، وكذلك تغير المفاهيم المتعلقة بماهية مكونات العواقب "الجيدة" للفصام (1)· وقد أجريت عدة دراسات تتبعية بعيدة المدي للفصام وعواقبه ومآله، وتبرز من بينها دراستان مشهورتان فى هذا الشأن وهما : الدراسة المعروفة ب "دراسة آيوا 5.." ("**Iowa 5.. Study**") برئاسة سوانج (1979) (2) و"دراسة شستنت لودج " ("**Chestnut Lodge Study**") برئاسة "ماك جلاشان" (1984) (1) :

ففي "دراسة آيوا 5.." ، تتبع الباحثون 2.. مريضا فصاميا، ممن جري إيداعهم بمستشفي الطب النفسى التابع لجامعة آيوا فى الفترة ما بين عام 1934 وعام 1944، حتي بداية السبعينيات. ولقد أظهرت عواقب هذه الدراسة التتبعية أن 2.% من المرضي الفصاميين صاروا يبدون دلائل جيدة من منظور الطب النفسي، وإن كان هناك 54% من المرضي ممن يبدون أعراضا طبية نفسية تنم عن العجز والقصور فى أداء وظائفهم؛ وأن 21% منهم قد تزوجوا أو صاروا أرامل، وإن كان هناك 67% ممن لم يتزوجوا أبدا؛ و34% كانوا يعيشون فى منازلهم أو مع أقاربهم، وإن كان هناك 18% يقيمون فى مؤسسات أو مستشفيات للصحة النفسية؛ و35% كانوا منتجين من الناحية الاقتصادية، وإن كان هناك 58% ممن لم يلتحقوا بعمل علي الإطلاق. وقد ارتفعت معدلات الوفيات بين أفراد هذ المجموعة من المرضي الفصاميين، سواء أكانت أسباب الوفاة طبيعية أم غير طبيعية؛ وكانت هناك نسبة تزيد عن 1.% منهم ممن أقدموا علي الانتحار.

أما " دراسة شستنت لودج" ، فقد تتبعت 163 مريضا فصاميا ممن خرجوا من مستشفي "شستنت لودج" فى الفترة ما بين 195. و 1975، وذلك حتي بداية الثمانينيات. وقد تبين أنه بينما كانت هناك نسبة تبلغ 37% منهم يعيشون فى مستشفي أو فى بيئات محمية ، كان هناك 28% فقط يعيشون مستقلين؛ 26% التحقوا بأعمال؛ و41% اعتبروا عاجزين باستمرار؛ ولم يشفي منهم إلا 6% فقط .

ويظهر من هذه الدراسات وغيرها أن الفصام مرض مدمر يؤثر فى كل جوانب حياة الفرد . ولحسن الحظ، أنه قد صارت هناك نسبة لا بأس بها تبدي عواقب جيدة نسبيا، حيث يتحسن فرد واحد من بين كل أربعة أو خمسة أفراد مصابين بالفصام، وأن الكثير منهم يمكنه أن يتجنب التدهور الشديد لهذا الاضطراب .

وقد اتجه بعض الدراسات إلي التنبؤ بعواقب الفصام. وعلي الرغم من أنه ليس من السهل التنبؤ بالعواقب لدي حالات فردية، إلا أن الباحثين قد سجلوا عوامل تنبؤية كثيرة تتعلق

بتشخيص المآل **Prognosis**. وربما كان أفضل تقويم للقيمة التنبؤية لهذه العوامل، تلك الدراسات التى قامت بها "منظمة الصحة العالمية" **WHO** والمعروفة ب "الدراسة الاستطلاعية الدولية للفصام" **The International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS)**) فى عام 1975، التي شارك فيها أطباء نفسيون من تسع دول فى العالم. وتكشف العواقب المستمدة من الأسلوب الإحصائى المستخدم فى معالجة البيانات ، وهو أسلوب تحليل الانحدار، عن عدد من المنبئات القوية للعواقب السيئة للفصام، وهذه المُنْبئات هي : العزلة الاجتماعية، وطول مدة المرض، ووجود تاريخ سابق للعلاج الطبى النفسى، وعدم الزواج، ووجود تاريخ سابق من المشكلات السلوكية فى الطفولة مثل الهروب والتشرد وسورات الغضب. وقد وجد الباحثون أن كل المنبئات المحتملة، وعددها 47 مُنْبئا، كانت مسئولة فقط عن 38% من التباين، الأمر الذى يفترض أن التنبؤ بعواقب الفصام صعب فى أفضل الحالات ومستحيل فى أسوأها . ولهذا، ينبغى أن يتوخي الاختصاصيون الكلينيكيون الحرص حينما يطلب منهم التنبؤ بعواقب الفصام لدي حالات فردية (1) .

كذلك تفيد الدراسات عبر الحضارية فى تقدير عواقب الفصام وعوامله التنبؤية. وفى ذلك تشير عواقب "الدراسة الاستطلاعية الدولية للفصام" (**IPSS**) إلي وجود نتائج إيجابية بين المرضي الفصاميين فى الدول النامية (الهند، وكولومبيا، ونيچيريا) أفضل من المرضي فى الدول المتقدمة (تشيكوسلوفاكيا، والدانمرك، والمملكة المتحدة، والولايات المتحدة الأمريكية، وروسيا).وعلي الرغم مما هو متيسر فى الدول الصناعية من المتابعة العلاجية المكثفة لحالات المرضي، إلا أن نسبة كبيرة من هؤلاء المرضي فى تلك الدول تتطور لديهم نوبات ذهانية إضافية لا تلاحظ لدي المرضي فى الدول النامية. وربما يمكن تفسير هذه البيانات بأن المريض الفصامى يلقي تقبلا أفضل فى الدول النامية، وبأن مطالبه الخارجية أقل، وبأنه يلقي عناية أكبر من أفراد أسرته (1).

وإضافة إلي المتغير الثقافى فى التأثير فى عواقب الفصام، يؤثر متغير الجنس كذلك فى عواقب الفصام، حيث تبين أن النساء يبدين معدلات أفضل من الرجال علي المقاييس المتعددة لعواقب الفصام، وتشمل الاستجابة المضادة للذهان، وأداء الوظائف الاجتماعية، وتشخيص المآل ككل (2). وفى دراسة أجريت فى بريطانيا، تتبع فيها الباحثون 121 مريضا بالفصام لمدة خمس سنوات، تبين أن 62% من النساء يبدين عواقب جيدة مقارنة بنسبة 35% لدي الرجال؛ وبينما تأثر بشدة من الفصام 58% من الرجال، كان تأثر النساء بشدة بنسبة 26% (3). وفي دراسة أخري أجريت فى ألمانيا، كانت معدلات النساء أقل من حيث معاودة الإيداع بالمستشفيات ، ويقيمون بها فترات أقصر، وينشطون في المجتمع بدرجة أكبر (4).

أسباب الفصام

(نظريات الفصام)

لقد سار البحث فى أسباب الفصام (إتيولوچيا الفصام) موازيا لتطور البحث فى مفاهيم الفصام ومكوناته وأعراضه، ومتفاعلا مع هذا التطور، إلي الحد الذى تطورت معه نظريات تفسيرية متعددة للاضطرابات الفصامية. ولا يزال الجدل محتدما فى هذا الشأن حول الدور النسبى للعوامل الوراثية والبيئية المسهمة فى تطور الفصام، رغم التقدم فى البحث فى تحديد أعراض هذا المرض والعوامل الوراثية الكامنة وراءه، والتقديرات الوبائية لانتشاره. ومع ذلك، فالتوجه الأكثر ترجيحا الآن هو التأكيد علي التفاعل بين كل من العوامل الوراثية والبيئية فى التعبير عن المرض. ولذا، فإن الأخذ بالنماذج المتعددة العوامل فى تفسير أسباب الفصام يلقي قبولا أكثر لدي الباحثين فى هذا الميدان. ويمكن تصنيف نظريات الفصام إلي نظريات نفسية - اجتماعية، ونظريات وراثية وعصبية فيما يلي (1) :

النظريات النفسية – الاجتماعية

التفسيرات النفسية الدينامية :

لقد أسهم التحليل النفسى فى تقديم إطار تفسيرى للفصام يستند إلي اضطراب العلاقات المتبادلة بين الفرد والآخرين وكذلك الانسحاب عنهم. ولقد ورد أول تفسير قدمه فرويد للفصام فى مقاله "عن النرجسية" عام 1914، حيث طبق نظريته عن الطاقة النفسية (الليبيدو) أو دورغرائز الحياة فى تفسير نشأة مرض الفصام؛ وذهب إلي أن أحد المعالم الرئيسة للفصام هو اضطراب العلاقات المتبادلة مع الآخرين. ويعتقد أن عجز الفرد عن الارتباط بالآخرين والتفاعل معهم يرجع إلي إنسحاب الطاقة النفسية إلي داخل الذات. وهنا يفسر فرويد الفصام علي أساس "النكوص الليبيدى" **Libidinal regression** ، أي نكوص القوي الليبيدية بطريقة نرجسية إلي مرحلة مبكرة من مراحل النمو النفسى الجنسى وفقا لنظريته؛ ولذا فإن سلوك الفرد الفصامى يكون أشبه بسلوك طفل صغير. وتنشأ مع هذا النكوص عملية أولية للتفكير ، تتضمن استخدام الأعراض البدائية مثل الهذاءات والهلوسات، وذلك للتعويض عن نقص العلاقات المتبادلة. فالمريض الفصامى عاجز عن

عقد صلات مع العالم الخارجى بسبب النكوص الليبيدى. ويعتبر فرويد أن عجز المرضي بالفصام عن إقامة علاقات وروابط اجتماعية مع الآخرين يجعلهم عاجزين عن أن تنمو لديهم آلية "الطرح" **Transference** ؛ ولذا يري أن التحليل النفسى لا يجدى معهم كأسلوب علاجى. وتبدو تفسيرات فرويد للفصام أيضا فى تحليله للحالة المعروفة ب "دكتور شريبر" **Dr. Schreber** (سوف نعرض لها كحالة من الحالات التاريخية الإيضاحية فى هذا المجلد).

وبجانب ما قدمه فرويد من تفسيرات لمنشأ مرض الفصام، قدم بعض الفرويديين الجدد كذلك مزيدا من التفسيرات النفسية الدينامية لهذه الظاهرة، وبخاصة "ميلانى كلاين" و "هارى ستاك سوليفان" .

تعتقد "ميلانى كلاين" 1932) **Klein**) أن الفصام تكمن جذوره فى العلاقات المبكرة بين الطفل والأم، ومن ثم فقد افترضت وجود فترة حرجة أثناء الشهور الستة الأولي من حياة الطفل أطلقت عليها مسمي "الطور الهذائي - الشبيه بالفصام" **Paranoid-schizoid phase** ؛ وتري أن الطفل يحمل ميولا عدوانية عن طريق إنقسام "الأنا" لديه وتمثيلاته عن أمه إلي جزئين متعارضين، أحدهما حسن والآخر رديء ، ثم يتعلم فيما بعد أن الفرد يتصف بكل من الخواص الحسنة والسيئة . وتعتقد " كلاين " أن إخفاق الفرد فى اجتياز هذه المرحلة يشكل أساس الفصام (1) .

أما " سوليفان" **Sullivan** ، فقد قدم نظريته عن العلاقات المتبادلة فى تفسير الفصام ، والتى أبرزها فى كتابه "الفصام كعملية إنسانية" عام 1962 يري "سوليفان" أن نمو الشخصية إنعكاس للتقديرات والاستحسانات من الأشخاص المعنيين بالنسبة للفرد. ولهذا، فإذا كان الفرد تعوزه الخبرات الكافية للعلاقات المتبادلة الإيجابية، فقد تنشأ عن ذلك اضطرابات فى الشخصية مثل اضطراب الفصام. وتمثل نظرية "سوليفان" هكدا نقلة فى تفسير تطور الفصام من مجرد آلية نفسية داخل الفرد **Intrapsychic mechanism** إلي عوامل بيئية مؤثرة (2) .

ويلاحظ من هذا التطور فى المفاهيم التفسيرية للتحليل النفسى، أنه قد صار يفترض أن المؤثرات الوالدية والأسرية للفصام تقوم بدور مهم في تطوره .

وتؤكد الدراسات الكلينيكية عن أن الخلفية الأسرية للمرضي الفصاميين تتصف غالبا بالتصدع الأسرى وبسوء التوافق الاجتماعى داخل الأسرة. وتركز هذه الدراسات علي اضطراب العلاقة بين الطفل والأم، حيث تتصف أمهات المرضي الفصاميين فى علاقاتهن بأبنائهن بالرفض أو الإهمال أو الحماية الزائدة أو العداء الزائد لهم. ويحدد بعض الباحثين نمطين للتأثيرات الوالدية والزواجية باعتبارها عوامل مهيئة لنشأة الفصام، وهما :

الانحراف الزواجى **Marital skew** والشقاق الزواجى . **Marital schism** في النمط الأول، تكون الأم متسلطة وغريبة الأطوار، فى حين أن الأب يكون سلبيا واعتماديا. أما النمط الثانى، فيتصف بالصراع وبكثرة الخلافات والعداء بين الوالدين، وحيث يكون الطفل بينهما منقسما فى مشاعر الولاء لكل منهما (1). وتبين الدراسات التتبعية للأسر التى تزداد فيها معدلات الانتكاسات **Relapses** للمرضي الفصاميين، أن الخلفية الأسرية تمثل عوامل مهيئة للإنتكاس، حيث يبدى الأقارب تعبيرات انفعالية كثيفة واتجاهات ضاغطة وناقدة نحو هؤلاء المرضي(2) .

ويتجه بعض الدراسات إلي التركيز علي نموذج شخصية الوالدين وخصائصها. وفى ذلك يذهب المنظرون السيكوديناميون إلي أن أمهات الأطفال الذين يصبحون فيما بعد فصاميين ، يتسمن بنموذج للشخصية يطلق عليه "الأم المهيئة للفصام" **Schizophrenogenic mother** ، يتصف بالرفض والحماية الزائدة للأطفال والتباعد العاطفى عنهم (1) . ويتصف آباء وأمهات الأبناء الفصاميين بسوء التوافق بصفة عامة؛ كما يتبين من دراسات الحالة أن المرضي الفصامين يتصفون بتاريخ أسرى من الفصام أو من غيره من الاضطرابات الذهانية (2) .ومع ذلك ، فإن نتائج مثل هذه الدراسات لا تقطع بأن الطفل الذى ينشأ فى أسرة قد يكون فيها الأب أو الأم مريضا بالفصام، سوف يتطور لديه فصام بالضرورة .

التفسيرات السلوكية (3) :

يقدم السلوكيون تفسيرات للفصام فى ضوء مفاهيم نظريات التعلم ومبادئها. ويأتى فى مقدمتها النظرية التى تذهب إلي أن الفصام ينشأ كنتاج لما يسمي "بالحافز المرتفع" **High drive** ، الذى يتسبب فى استدعاء استجابات عرضية أو غير جوهرية وتنشيطها؛ وتؤدى هذه الاستجابات إلي إحداث تشتيت وتفكك فى الوظائف المعرفية قد تنتج عنه أعراض معرفية. كذلك، تفترض هذه النظرية أن الحافز المرتفع لكونه غير سار، فإن الأفراد يحاولون خفض الحافز **Drive reduction** ، أي خفض الخبرة المؤلمة أو غير السارة عن طريق التركيز علي الأفكار غير المتعلقة بالحافز. ومن شأن محاولات التشتيت الذاتى أن تؤدى إلي أفكار غير مترابطة أو غير متعلقة بالموضوع، وإلي اختلال عمليات التفكير التى نشخصها علي أنها فصام (1).

ويفترض بعض السلوكيين أن الفصام قد ينشأ عن انطفاء الانتباه **Extinction of attention** للمثيرات أو الإلماعات الجوهرية **Relevant cues** فى البيئة وعما ينتج عن ذلك من الانتباه للمثيرات أو الإلماعات غير الجوهرية أو غير المتعلقة بالموضوع **Irrelevant cues** ؛ فيخبر الأفراد المواقف الاجتماعية المشوبة بالعقاب وبانعدام الإثابة

علي أنها مواقف مؤلمة يستجيبون إزاءها بالتجاهل للجوانب الجوهرية من بيئتهم وبالتركيز بدلا من ذلك علي الجوانب أو الأشياء غير الجوهرية التى قد تكون باعثة علي الإثابة بالنسبة لهم.وتنتج عن الانتباه للمثيرات أو الإلماعات غير الجوهرية أنماط سلوكية غير مناسبة أو غير متعلقة بالموضوع أو غير مترابطة أو غير جوهرية. وفى ضوء ذلك، يذهب السلوكيون إلي أن اضطراب "الانتباه الانتقائى" **Selective attention** عند الأشخاص الفصاميين يكمن وراء اضطراب التفكير واللغة عندهم، وكذلك اضطراباتهم المتعلقة بالهذاءات والهلوسات (1).

ويقدم السلوكيون تفسيرا لتطور أعراض الفصام بسبب ما تقدمه الأعراض من إثابة، أي ما يسمي ب "القيمة الإثابية للأعراض" . **Reward value of symptoms** فالأشخاص الفصاميون يستخدمون سلوكهم الشاذ فى الحصول علي إثابات مثل جذب الانتباه. ويلاحظ من التقارير الكلينيكية أن المرضي الفصاميين المودعين بالمستشفيات يبدون مظاهر من السلوك الشاذ الذى يبتغون منه أن يوجهوا انتباه الهيئة الطبية بالمستشفي إليهم وإلي احتياجاتهم. ولكن هذا التفسير ينطبق علي المظاهر السطحية وليس علي الاضطرابات الشديدة عندهم . لذا ينبغى التمييز بين الأعراض الاستراتيجية **Strategic symptoms** التى تستخدم باعتبارها استراتيجية للحصول علي إثابات وبين الأعراض الناشئة عن أسباب أخري (2) .

التفسيرات المعرفية :

تستند التفسيرات المعرفية للفصام إلي الافتراضات التالية (2) :

1 - إن الأشخاص الفصاميين لديهم بالفعل خبرات حسية مختلفة عن الأفراد العاديين .

2 - إن الكثير من أعراض الفصام (مثل، الهلوسات والهذاءات) تنبع من محاولاتهم التعبير عن خبراتهم الحسية المختلفة.

3 - أن اضطراب الأداء العقلى واللفظى فى الفصام يعزي إلي الحقيقة بأن الخبرات الحسية تتداخل مع أدائهم الطبيعى لوظائفهم المعرفية.

وتختلف التفسيرات المعرفية عن التفسيرات الدينامية والسلوكية فى جانبين أساسيين : أولهما، أنه بدلا من افتراض أن الخبرات الحسية غير العادية التى تُلاحظ فى الفصام غير حقيقية وتتسبب عن الاضطراب ، يفترض التفسير المعرفي أن الخبرات الحسية حقيقية وأنها سبب الاضطراب . أي أن المريض بالفصام لا يأتي بهلوسات بسبب الفصام؛ ولكنه، بالأحري، لديه خبرات حسية مختلفة، وتنشأ المشكلات لديه حينما يحاول أن يعبر عنها. ثانيهما، أنه بدلا من افتراض أن عمليات التفكير لدي حالات الفصام مضطربة أو مشوشة

وتختلف عن نظيراتها عند الأشخاص الآخرين، يفترض المنظرون المعرفيون أن عمليات التفكير لدي الأشخاص الفصاميين تشبه عمليات التفكير لدي الأشخاص العاديين، وأنها تبدو مضطربة فقط لأنهم يتعاملون مع خبرات حسية مختلفة تتداخل مع عمليات التفكير العادية.

وتذهب التفسيرات المعرفية إلي أن الأشخاص الفصاميين يعانون من حالة من الغمر أو الفيض المعرفي **Cognitive flooding** أو الحمل الزائد للمثير **Stimulus overload**. والواقع أن كثيرين منهم يكون علي وعى تام بالأصوات والأضواء والإحساسات التى يميزها الأشخاص العاديون؛ ولكن ما يخبره الأشخاص الفصاميون من تغيرات فى الحساسية الحسية **Sensory sensitivity** قد تتسبب فى تطور الأعراض التى قد تؤول إلي اضطراب نفسى بعيد المدي مثل الفصام. وفى ضوء ذلك، يفترض العلماء المعرفيون أن الهلوسات والهذاءات يمكن تفسيرها علي أنها حساسية مفرطة للمثيرات التى يخبرها الفرد، أي علي أساس وجود استثارة زائدة.

كذلك، ، قد تقوم الحساسية الحسية المفرطة بدور كبير فيما يعرف ب "الاعتلال أو القصورالفصامى" **Schizophrenic deficit** ؛ فاضطرابات التفكير واللغة لدي الأشخاص الفصاميين تعزي إلي انحرافات أو أخطاء الانتباه **Attention lapses** وإقحام ترابطات غير جوهرية (أي غير متعلقة بالموضوع) **Intrusion of irrelevant associations** تخل بعمليات التفكير لدي الفرد (1) . ومن ثم يفسر بعض العلماء هكذا الاضطراب المعرفى فى الفصام علي أنه اضطراب فى "آلية التنقية أو الترشيح" **Filter mechanism** التى تعمل علي استبعاد المثيرات التى تكون غير متعلقة بمجري التفكير وموضوعه. ففى حالة اضطراب هذه العملية العقلية التى تقوم بالتنقية، يتعرض الفرد لحالة من الانغمار بالمثيرات ومن التشتيت والعجز عن التركيز علي الموضوع أو المشكلة موضع تفكيره (2) .

وتتوفر البيانات الكلينيكية التى تكشف عن دور التشتيت فى تدهور الأداء المعرفى لدي الأشخاص الفصاميين؛ وكثيرا ما يتردد ذلك فى تقريرات المرضي أنفسهم. فمن أبرز الشكاوي التى يقررها هؤلاء المرضي عند عرضهم علي الاختصاصيين الكلينيكيين أو إيداعهم بالمستشفيات أو المصحات العقلية، أنهم يعانون من مشكلات فى التحكم فى فيض المعلومات الواردة أو الجارية التى تقتحم تفكيرهم بشكل غامر (3) .ويلاحظ أن التقارير الشخصية التى يكتبها هؤلاء المرضي تعكس مشكلات الانتباه لديهم؛ فعلي سبيل المثال ، يقرر أحد المرضي أنه عند قراءته فى الكتب يقضى "وقتا صعبا فى التركيز، وفى القراءة الفعلية لها، لأنه من المحتمل أن هناك مثيرا خارجيا يبعد انتباهى عن الكتاب ... صوت أو شيء أشبه بجزء من ضوء الشمس يقتحمني فى تلك اللحظات ويجعلنى أبدأ فى التفكير" (

1) .وبالإضافة إلي هذه البيانات الكلينيكية، تؤيد نتائج الكثير من البحوث التجريبية المعملية تأثير التشتيت المعرفى علي أداء الأشخاص الفصاميين (2) .

توضح هكذا البيانات الكلينيكية والتجريبية أن تدنى الأداء العقلى المرتبط بالفصام يعزي إلي الحقيقة بأن الأشخاص الفصاميين عاجزين عن التركيز علي المنبهات موضع التفكير واستبعاد المثيرات غير المتصلة بموضوع التفكير، وأن هذه المثيرات غير الجوهريةتؤدى إلي الإخلال بعمليات التفكير لديهم.

ويبدو هذا "الإعتلال الفصامى" كذلك فى لغة الأشخاص الفصاميين (أو فيما يعرف باللغة الفصامية **Schizophrenic language**) التى تتشوه وتضطرب لأنهم يتشتتون بشكل مستمر بالأفكار المتداخلة والدخيلة وغير الجوهرية أو غير المتعلقة بالموضوع؛ ولهذا تجدهم يقفزون من فكرة إلي فكرة، وتبدو الجمل التى يستخدمونها مشوهة والعبارات متقطعة . ولهذا يفترض أن المشكلات اللغوية المرتبطة بالفصام تنبع من عجز الأشخاص الفصاميين عن الاحتفاظ بالانتباه ومن تعدي الأفكار غير الجوهرية وشططها بحيث تتخطي الموضوع مركز الاهتمام. وهذه التعديات وألوان الشطط الفكري تعزي إلي الترابطات **Associations** التى تحملها الكلمات المستخدمة بالنسبة للفرد. ويعنى ذلك أن هذه المشكلات اللغوية قد تعزي إلي الشطط الترابطى أو الإقحامات الترابطية **Associative intrusions** ، الذي يأخذ أشكالا متباينة ومتعددة، أهمها : الشطط الدلالى **Semantic intrusion** ، وفيه قد يؤدى استخدام معني بديل لكلمة معينة إلي استدعاء فكرة جديدة؛ ووشطط مضمون التفكير **Thought content intrusion** ؛ ويحدث هذا النمط من الشطط الترابطى الذى يتضمن محتوي التفكير حينما يؤدى استخدام كلمة إلي تذكير الفرد بموضوع مختلف مغاير تماما للموضوع الأصلي؛ والترابطات الصوتية **Clang associations** ، وهي الشطط الترابطى الذى يستند إلي "صوت" الكلمة، فمثلا قد يستخدم بناء علي الترابط الصوتى كلمة أخري مثل **dog , bog** بالانجليزية أو " قلم " و " علم " بالعربية وغير ذلك من الأمثلة؛ وشطط قوة العادة **Habit strength intrusions** ، حيث تستخدم كلمات أو عبارات معينة بشكل متكرر مع بعضها، وبالتالى فإذا استخدم الفرد كلمة أو عبارة منها، فإنه يحتمل أن يستخدم الكلمة أو العبارة المرتبطة بها فى العادة .

إن التفسيرات المعرفية تتناول طائفة واسعة من أعراض الفصام؛ وهي تفسيرات تلقي سندا علميا من نتائج البحوث التى أخذت بهذا المنحي المعرفى فى تفسير الفصام. ومع ذلك، فإنها لا تقدم تفسيرا للعوامل التى تكمن وراء هذا الاضطراب ؛ فهى لا تفسر لماذا يكون لدي الأشخاص الفصاميين خبرات حسية مختلفة ويبدون تشتيتا أكثر من الأشخاص العاديين. وقد تكون التفسيرات المعرفية ذات جدوي بالنسبة للأعراض الموجبة للفصام مثل

الهلوسات والهذاءات واضطراب عمليات التفكير، ولكنها لا تنطبق علي الأعراض السالبة مثل التسطح الوجدانى وفقر الكلام والبلادة؛ ومن ثم فإن التفسيرات المعرفية للفصام غير كاملة لا تستطيع الإلمام بكل أعراضه، خاصة الوجدانية منها.

التفسيرات الاجتماعية الثقافية :

لقد كان اهتمام المنظرين والباحثين بالعوامل الاجتماعية والثقافية للاضطرابات النفسية يسير مواكبا لتطور البحث فى هذا الميدان ولتقدم خدمات الصحة النفسية المجتمعية . وربما كانت أولي هذه الاهتمامات فى الثلاثينيات والأربعينيات من القرن العشرين، حيث عنيت بعض الدراسات بتعرف التوزيع الجغرافى للاضطرابات النفسية وتأثير التحضر والضغوط علي تطور ها ؛ وتبين منها أنه توجد معدلات عالية لحالات الإيداع بمستشفيات ومراكز الصحة النفسية، بما فيها الفصام، فى المناطق والأحياء الفقيرة أكثر من الأحياء ذات المستويات الاجتماعية الاقتصادية الأعلي (1) . وقد تكررت هذه النتائج فى دراسات أخري فى أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية. وتشير هذه النتائج إلي أن الفصام قد يعزي إلي التأثير الضار للبيئة الفقيرة والمحرومة ثقافيا، حيث يواجه الناس ضغوطا هائلة من الفوضي الاجتماعية والتفسخ الاجتماعي، والفقر، وحالة الضراء والشدة التى تفرضها عليهم ظروف شظف العيش فى هذه البيئة. وقد يُفْترض نتيجة لذلك أن الظروف البيئية والاجتماعية والثقافية المتدنية ربما "تُولّد" الفصام (2) .

وثمة تفسيرات أخري للعزلة الجغرافية للمرضي الذهانيين بصفة عامة، تستند إلي ما يعرف بفرض "الانجراف" "**Drift" hypothesis** ، الذى يقرر أن العيش فى مناطق فقيرة "ينتج عن" الفصام ، وليس سببا للفصام ؛ حيث تجرفهم ظروف المرض وتدهور حالتهم إلي الانتقال للعيش فى هذه المناطق. فالفصام يؤدى إلي اضطراب فى الوظائف المعرفية والدافعية ، وتدهور الصحة، وغير ذلك من الأعراض التى تجعل من المستحيل علي الشخص المصاب بالفصام أن يحتفظ بعمله وأن يعيش فى المناطق والأحياء التى تعيش فيها الطبقات الوسطي أو العليا فى المجتمع . ولهذا فإن الأشخاص الفصاميين يتدهور مستواهم الاجتماعي الاقتصادي وينحدرون إلي الطبقة الاجتماعية الأدني كلما تقدم بهم المرض.وتلك بيانات تؤكدها نتائج بعض البحوث التى يظهر منها أن المرضي الفصاميين ينتمون، فى المتوسط، إلي المستوي الاجتماعى الأدني عما كان عليه آباؤهم (1).

وقد يوجه نقد إلي اعتبار العزلة الاجتماعية التى يخبرها الأشخاص الفصاميون سببا للفصام. فالميل إلي العزلة الاجتماعية لديهم يحدث تحديدا قبل بداية المرض. وفى ذلك يكشف عدد من البحوث أن الأفراد الذين تطور الفصام لديهم كانوا يبدون عزلة اجتماعية فى مرحلة المراهقة أكثر من الأفراد الذين لم يتطور لديهم هذا المرض (2) . ويرد فى

التقارير السنوية للأنشطة المدرسية التى يزاولها الطلاب فى المدارس الثانوية أن الطلاب الذين تطور لديهم الفصام فيما بعد، كانوا يشاركون فى أنشطة اجتماعية أقل من نظرائهم من الطلاب الآخرين (1) . وهنا تثار أيضا قضية السبب والنتيجة : فهل العزلة الاجتماعية سبب للفصام أم أنها عرض مبكر للفصام؟ تبين دراسات التبنى أن أبناء الأشخاص الفصاميين، والذين تبناهم آباء عاديون وعاشوا معهم، كانوا يبدون عزلة اجتماعية أكثر من أبناء الأشخاص العاديين الذين تبناهم آباء عاديون وعاشوا معهم (2). ومن هذه البيانات المختلفة، يتضح أن العزلة الاجتماعية ترتبط غالبا بتطور الفصام، ولكنها من المحتمل أن تكون من الدلائل المبكرة لهذا الاضطراب أكثر من أن تكون سببا له .

وتتوجه بعض الدراسات ذات المنحي الاجتماعى الثقافى فى تفسير أسباب الفصام إلي التركيز علي تأثير الضغوط الاجتماعية باعتبارها عوامل رئيسة تقوم بدور مهم فى تطور الفصام. فقد قارنت إحدي الدراسات ، التى تبحث فى تأثير أزمات الحياة وتغيراتها علي نشأة الفصام، بين 5. شخصا فصاميا و25. شخصا عاديا من حيث خبراتهم التى عاشوها إبان فترة ثلاثة عشر أسبوعا، وهى الفترة التى تسبق بداية ظهور أعراض الفصام أو إيداعهم بالمستشفي بالنسبة للأشخاص الفصاميين، والتى لم تظهر فيه أية أعراض بالنسبة لمجموعة الأشخاص العاديين. وتكشف نتائج هذه الدراسة أن الأشخاص الفصاميين قد عانوا إبان تلك الفترة، أكثر من الأشخاص العاديين، من أحداث شتي من أزمات الحياة وضغوطها (مثل الطلاق، والبطالة، والهجرة إلي مكان آخر، وغير ذلك من الضغوط)، وذلك فى الفترة السابقة علي بداية ظهور أعراض الفصام (1). وفي دراسة استعراضية للبحوث التى تناولت تأثير أحداث أزمات الحياة وضغوطها علي نشأة الفصام وعلي الانتكاسات فى علاج الأشخاص الفصاميين ومعاودة إيداعهم بمستشفيات أو مراكز الصحة النفسية، تشير النتائج إلي أن الضغوط الاجتماعية وأحداث أزمات الحياة وضغوطها قد تؤول إلي الفصام، علي الأقل بالنسبة لبعض الأشخاص (2). ومع ذلك ، ينبغى توخى الحرص فى تفسير نتائج مثل هذه الدراسات، لأن الضغوط ربما ترجع بالأحري إلي بداية ظهور الفصام أكثر من أن تكون سببا للفصام .

النظريات الفيزيولوچية ـ العصبية

العوامل الوراثية :

كانت العوامل الوراثية موضع اهتمام الباحثين فى أسباب الفصام. وقد توفر قدر كبير من البيانات والأدلة ذات المغزي فى هذا الشأن. وتأخذ الدراسات فى هذا الميدان عدة مناح رئيسة، نبرزها فيما يلي (1) :

دراسات العائلة **Family studies** : فقد أجريت دراسات عديدة لتحديد ما إذا كان الفصام يميل إلي أن يتواتر فى العائلة. وتلخص إحدي هذه الدراسات نتائج البحوث التى أخذت بهذا المنحي، ومنها يتضح أن معدلات شيوع الفصام بين أقارب الشخص الذي يعانى من الفصام تكون أعلي منها لدي مجموع الناس ؛ وأنه كلما كانت هناك علاقة حيوية أكثر قربا للشخص المصاب، إزدادت معدلات شيوع الفصام لدي مثل هذه الحالات. وتوضح النتائج أن معدلات شيوع الفصام بين الأشخاص ممن كان كل من آبائهم وأمهاتهم يعانون من الفصام تتراوح بين 4.% إلي 68%، فى حين تراوحت تلك المعدلات لدي الأشخاص ممن كانوا أحد والديهم مصابا بالفصام بين 5% إلي 1.% (1) . وتوصلت دراسات أخري إلي نتائج يتبين منها كذلك أنه كلما تزداد درجة قرابة الشخص مع أحد الأشخاص المصابين بالفصام، تزداد بالتالى احتمالات تطور هذا الاضطراب لديه (2). ولاشك أن هذه النتائج تؤيد بقوة الطبيعة العائلية للفصام، ووجود أساس وراثى لهذا الاضطراب ؛ ولكنها لا تثبت أن سبب الفصام يكمن فى العامل الوراثى وليس فى البيئة الأسرية.

دراسات التوائم **Twin studies** : تستند دراسات التوائم ودراسات التبنى علي التجريب الطبيعى حيث يمكن عزل التأثيرات الوراثية عن التأثيرات البيئية المسهمة فى نشأة الفصام وتطوره. ويستعرض بعض الباحثين عام 1991 نتائج ثلاث عشرة دراسة أجريت فى هذا الشأن وتضمنت جميعها أكثر من 6.. زوجا من التوائم الأحادية أو المتطابقة **Monozygotic twins (MZ)** و3.. زوجا من التوائم الثنائية أو الأخوية **Dizygotic twins (DZ).** وقد قورن فى كل دراسة من هذه الدراسات بين معدل الاتفاق بين التوائم الأحادية **MZ** والتوائم الثنائية **DZ** من حيث شيوع الفصام بين كل من هاتين الفئتين بين التوائم . وقد أظهرت نتائج كل هذه الدراسات أن معدل الاتفاق يكون أعلي بين التوائم الأحادية (بنسبة 5.% تقريبا) منه بين التوائم الثنائية (بنسبة 15% تقريبا) . وتبرز هذه النتائج بقوة أن الوراثة تقوم بدور مهم فى الفصام (1) .

دراسات التبنى **Adoption studies** : تأخذ دراسات التبنى عدة مناح، منها مقارنة معدلات الفصام بين الأبناء ممن كان آباؤهم البيولوچيون فصاميون وآخرون غير فصاميين، ولكنهم نشأوا بالتبنى مع والدين عاديين. وقد تبين من نتائج إحدي هذه الدراسات أن نسبة تبلغ حوالى 11% من الأشخاص ممن كانت أمهاتهم فصاميات قد صاروا فصاميين، فى حين أن الفصام لم يظهر لدي أي من الأشخاص ممن كانت أمهاتهم عاديات (2) . وقد توصلت دراسات أخري إلي نتائج مماثلة (3) .

وهناك دراسات أخري اتخذت منحي مغايرا؛ فقد تناول الباحثون مجموعتين من الأشخاص المتبنين، إحداهما تعانى من الفصام والأخري مجموعة عادية ، ثم تحددت معدلات الفصام

بين الوالدين البيولوچيين والوالدين بالتبنى. وقد تبين من النتائج أن الأشخاص الفصاميين كان آباؤهم البيولوچيون فصاميين بنسبة 5%، فى حين لم يكن آباؤهم بالتبنى يعانون من الفصام. وعلي العكس من ذلك، لم يظهر بين الأشخاص العاديين آباء بيولوچيون فصاميون، فى حين كانت نسبة الآباء بالتبنى ممن كانوا مصابين بالفصام تبلغ حوالى 1% (1) . وتشير هذه النتائج بوضوح إلي أن الفصام يرتبط بالوالدين البيولوچيين، مما يرجح تأثير العامل الوراثى فى انتقال الفصام وراثيا .

وتوجهت بعض دراسات التبنى إلي مقارنة معدلات الفصام بين الأشخاص ممن كان آباؤهم وأمهاتهم البيولوچيون عاديين ولكن بعضهم نشأ فى بيوت بالتبنى مع والدين عاديين وآخرون مع والدين يعانون من الفصام. وقد أوضحت النتائج أن تنشئة الأبناء المتبنين مع والدين فصاميين لم تؤد إلي تطور الفصام لديهم (2) .

وهكذا ، يتضح من نتائج دراسات التبنى أن الفصام يرتبط إلي حد كبير بمورثات مشتركة أكثر مما يعزي إلي بيئة مشتركة، بقدر ما تقدم هذه الدراسات أدلة قوية علي الأساس الوراثى لبعض حالات الفصام .

دراسات نوعية الاضطراب **Studies of disorder specificity** : فى هذا المنحي من الدراسات، توجه الباحثون إلي المقارنة بين نوعية الاضطرابات التى تتطور لدي أبناء لآباء لديهم فصام وآخرون لآباء لديهم اضطرابات المزاج. ولقد كشفت نتائج هذه الدراسات أن الأبناء يميلون إلي أن يتطور لديهم نفس الاضطراب الذى يعانى منه آباؤهم. فلقد وجد أنه من بين الأبناء ممن يعانى آباؤهم من الفصام، كانت نسبة من تطور لديهم الفصام تبلغ 78 % ، فى حين تبلغ نسبة الاضطراب ثنائى القطب بينهم حوالى 14.7% . وعلي العكس من ذلك، فقد كانت نسبة من تطور لديهم الفصام من بين الأبناء الذين كان آباؤهم يعانون من الاضطراب ثنائى القطب تبلغ 19.1% ، فى حين تبلغ نسبة الاضطراب ثنائى القطب بينهم 2..7% (1). ومن الواضح أن هذه البيانات تبرز أهمية الأساس الوراثى للفصام.

دراسات المُوَرِّثات النوعية **Studies of specific genes** : لقد تناولت معظم الدراسات المذكورة عاليه العوامل الوراثية للفصام بطريقة غير مباشرة. ولكن، مع تقدم التكنولوچيا الحديثة، توجهت بعض الدراسات إلي البحث فى المورثات ذاتها والتى يحتمل أن تكون هي الناقلة للاستعداد الوراثى لدي حالات الفصام. وقد تمكن بعض الباحثين من التوصل إلي وجود مورث نوعى يعرف ب "مُوَرِّث الفصام" ("**Schizophrenia Gene**") يكمن فى الصبغية رقم (**Chromosome 5**)وتعتبر هذه النتيجة مثيرة للاهتمام، لأن هذا المورث هو أحد المورثات التى تؤثر فى المادة الناقلة العصبية المعروفة بالدوپامين **Dopamine** وفى

مستقبلات الدوپامين **Dopamine receptors (1)**.ولكن هذه النتائج لم تتكرر فى دراسات أخري؛ ولذا يتوقع أن تستحوذ مثل هذه الدراسات علي اهتمام بعض الباحثين وأن تحتل مساحة أكبر فى دراسات الفصام .

العوامل الفيزيولوچية - العصبية :

تتوفر أدلة عديدة فى الوقت الحالى تبين أن للفصام أساسا فيزيولوچيا عصبيا، وأن أعراض الفصام قد تعزي إلي اختلالات كيميائية عصبية واختلالات فى تركيب الدماغ ، وذلك ما نوضحه فيما يلى (1) :

ازدياد النشاط العصبى : تتمثل أكثر التفسيرات الفيزيولوچية العصبية لأعراض الفصام فيما يعرف ب "فرض الدوپامين" ("**Dopamine Hypothesis**") ، الذى يذهب إلي أن أعراض الفصام تعزي أساسا إلي النشاط الزائد فى "منظومة نشاط الدوپامين" **Dopaminergic system** فى المخ . ولذا فإن المستويات المرتفعة بشكل زائد للنشاط العصبى فى هذه المناطق بالمخ تعمل علي الإخلال بالنشاط المعرفى؛ ويكمن هذا الاضطراب العصبى لذلك وراء الأعراض الموجبة للفصام مثل الهلوسات والهذاءات واضطراب عمليات التفكير. فالمستويات المرتفعة لنشاط الدوپامين (باعتباره ناقلات عصبية أساسية فى المخ) تؤدى إلي مستويات مرتفعة للنشاط العصبى، وبالتالى إلي ظهور بعض أعراض الفصام. وقد يصاحب ازدياد نشاط الدوپامين انخفاض من ناحية أخري فى نشاط الناقلات العصبية الأخري المعروفة ب "السيروتونين" **Serotonin** التى تقوم بوظيفة كف النشاط العصبى؛ ولذا فإن المستويات المنخفضة لنشاط السيروتونين قد تسهم أيضا فى الفصام (1) . وبناء علي هذه البيانات، فإن العقاقير المعروفة بالعقاقير النفسية غير النمطية **Atypical neuroleptics** ، التى تعمل علي خفض نشاط الدوپامين من ناحية وزيادة نشاط السيروتونين من ناحية أخري ، تعد أكثر العقاقير فاعلية فى علاج الفصام.

وقد تجمعت أدلة وفيرة من عديد من البحوث حول تأثير نشاط الدوپامين، منها نتائج البحوث التى تبين أن العلاج بالعقاقير النفسية **Neuroleptics** يؤدى إلي خفض نشاط الدوپامين ومن ثم إلي خفض أعراض الفصام. ومن ناحية أخري، تؤدى بعض العقاقير والمخدرات التى تزيد من مستويات نشاط الدوپامين (مثل، الكوكايين والأمفيتامينات) إلي زيادة أعراض الفصام، بل وقد تتسبب فى ظهور أعراض الفصام لدي أشخاص عاديين (2) . وقد كشف بعض الدراسات عن أن الأشخاص الذين يعانون من الفصام لديهم كمية أكبر من مستقبلات الدوپامين **Dopamine receptors** فى المخ من الأشخاص العاديين؛ ولذا فمن المتوقع أن ازدياد هذه المستقبلات لديهم يؤدى إلي نشاط أكثر للدوپامين (1) .

إن المستويات المرتفعة هكذا من نشاط الدوپامين تؤدى إلي استدعاء أعراض الفصام؛ ذلك أن الدوپامين ينشط باعتباره من الناقلات العصبية الأساسية فى المسارات العصبية **Nerve tracks** الموصلة من المنظومة الطرفية **Limbic system** فى الدماغ (وهى التى تعمل علي توليد النشاط العصبى، وذلك مركز الاستثارة الانفعالية والدافعية) إلي الفصوص الجبهية **Frontal lobes** (حيث تعمل عمليات التفكير وتتكامل فيما بينها) والفصوص الصدغية **Temporal lobes** (مركز الاحتفاظ بذكريات الخبرات البصرية والسمعية وخزنها). ومن ثم يتضح أن المستويات المرتفعة من النشاط العصبى فى الدماغ تكمن وراء الهلوسات واضطراب عمليات التفكير وغير ذلك من الأعراض "الموجبة" التى تلاحظ لدي حالات الفصام.

إنخفاض النشاط العصبى : ويمثل هذا الاضطراب الأساس العصبى لنشأة الأعراض "السالبة" فى الفصام. ويستند هذا التفسير علي ما يعرف ب " فرض قصور نشاط المنطقة الجبهية " **Hypofrontality hypothesis** ؛ فانخفاض مستويات النشاط العصبى بشكل زائد فى هذه المناطق من الدماغ قد يعمل علي تأخير النشاط المعرفى، وتنتج عن ذلك بالتالى أعراض سالبة مثل فقر الكلام والبلادة. وقد تأيد هذا الفرض من نتائج العديد من البحوث التى تستعرضها إحدي الدراسات فى هذا الشأن ، حيث تبين أن الأشخاص الفصاميين يعانون من نشاط منخفض فى الفصوص الجبهية بالدماغ ، يظهر فى الأعراض السالبة لهذا الاضطراب (1) .

اختلالات بنية الدماغ **Brain structure abnormalities** : تبدو اختلالات بنية الدماغ فى التلف أو التشوه أو التدهور فى مراكز المخ؛ وتؤدى هذه الاختلالات بدورها إلي اضطراب النشاط العصبى. وقد ألمحت النظريات المبكرة (مثل نظرية كرايپلين) بوجود إصابات فى لحاء الدماغ **Brain lesions** تعتبر سببا للفصام. وفى ذلك، أحرزت تكنولوچيا البحوث العصبية تقدما هائلا، وبخاصة تقنيات تصوير الدماغ **Brain Imaging** مثل "التصوير المقطعى للدماغ بالحاسوب" **Computerized Axial Tomography** وتعرف هذه الطريقة بالرمز **CAT** و"التصوير بالرنين المغناطيسى" **Magnetic Resonance Imaging** وتعرف هذه الطريقة بالرمز **MRI**. وبفضل هذه التقنيات المتقدمة، يمكننا الآن الحصول علي صور واضحة للدماغ وبالتالى دراسة العلاقة بين اختلالات بنية الدماغ ووظائفه. وتكشف الدراسات التى استخدمت هذه التقنيات عن أن بعض الأفراد الذين يعانون من الفصام مصابون بتضخم فى بطينات المخ . والبطينات **Ventricles** هي عبارة عن تجاويف أو قنوات فى المخ ينساب من خلالها السائل المخى الشوكى **Cerebrospinal fluid** ؛ وتشمل ثلاثة بطينات ، اثنان منها موجودان علي جانبى المخ وهما البطينان

الطرفيان **Lateral ventricles** ، أما البطين الثالث **Third ventricle** فيوجد داخل مركز الدماغ. وتقدر هذه الدراسات أن هذه البطينات تتسع لدي الأشخاص المصابين بالفصام بنسبة 2.% إلي 5.%، وأن أكثر اتساع يكون عادة فى البطين الثالث. ويتبين أيضا من نتائج هذه الدراسات أن الأشخاص الذين يتصفون باتساع أكبر فى هذه البطينات، يعانون من الفصام لفترة أطول، ويقضون بالمستشفيات فترات أطول من الأشخاص الأقل إتساعا فى البطينات. كما تبين أن اتساع البطينات يسود بين الذكور أكثر من الإناث؛ ويتفق ذلك مع نتائج الدراسات بأن الذكور غالبا ما يعانون من أشكال الفصام الأكثر شدة، ويبدون أعراضا سالبة أكثر من الأناث. هذا، ويرتبط اتساع البطينات ارتباطا وثيقا بالأعراض السالبة (فقر الكلام، التسطح الوجدانى، افتقاد الشعور باللذة ، والبلادة) أكثر مما يرتبط بالأعراض الموجبة (1).

وثمة اهتمام فى الفترة الأخيرة بنمط آخر من اختلالات بنية الدماغ، يتحدد فى التدهور فى لحاء الدماغ **Brain Cortex** وفى مناطق تحت اللحاء ، فيما يعرف ب "الضمور اللحائى" **Cortical atrophy** و"الضمور فى مناطق تحت اللحاء" **Subcortical atrophy** ؛ وهو عبارة عن تدهور عام أو فقدان عام للخلايا العصبية. وينتج عن هذا الضمور اتساع أخاديد **Sulci** لحاء الدماغ، واتساع الشقوق **Fissures** بين أجزاء المخ، وتدهور عام فى سطح الدماغ **Brain surface**.ويقدر هذا النمط من التلف فى بنية الدماغ بين 2.% إلي 35% بين الأشخاص المصابين بالفصام ؛ ومن المحتمل أن يكون أكثر شيوعا بين الحالات المزمنة وذوى الأعراض السالبة للفصام. أما الضمور فى مناطق تحت اللحاء، فيحدث غالبا فى منطقتين مهمتين وهما : منطقة الحصين (حصان البحر أو قرن آمون) **Hippocampus** ، وهى مسئولة عن تجهيز المعلومات **Information processing** وحفظها فى الذاكرة بعيدة المدي ، وبالتالى يؤدى تلف هذه المنطقة إلي اعتلال عقلى وإلي نشأة أعراض سالبة للفصام. أما المنطقة الثانية التى يصيبها تلف كذلك، فهي منطقة اللوزة **Amygdala** الموجودة تحت اللحاء وتقوم أساسا بدور مهم فى الاستثارة الانفعالية التى تعوز المرضي ذوي الأعراض السالبة (1) .

ويتضح الاضطراب فى بنية (مورفولوچيا) الدماغ لدي الأشخاص المصابين بالفصام كذلك فى ما يسمي ب "اللاتماثل فى معكوسية لحاء المخ" **Reversed cerebral asymmetry**. فالجانب الأيسر للدماغ لدي الأشخاص الفصاميين يميل إلي أن يكون أكبر من الجانب الأيمن؛ ولكن الجانب الأيمن لدي بعض الأشخاص الفصاميين يميل إلي أن يكون أكبر من الجانب الأيسر علي غير المعتاد؛ ولذا تكون لدي الأشخاص الفصاميين اختلالات فى بنية الجانب الأيسر من الدماغ ، مما يؤدى بالتالى إلي اختلال فى الوظائف المعرفية الواسمة للفصام (1).

ومن هذا العرض لأسباب الفصام، يتضح مدي التعدد في تفسيرات النظريات المختلفة لها وفيما استندت إليه من بيانات كلينيكية ونتائج الدراسات والبحوث التي أخذت توجهات ومناح مختلفة ، يؤكد بعضها دور العوامل السببية النفسية الاجتماعية والثقافية، فى حين يؤكد البعض الآخر دور العوامل البيولوچية؛ ويبدو أيضا أن ثمة مشكلات وصعوبات لا تزال تكتنف ظاهرة الفصام، الأمر الذى تنشأ معه حاجة ملحة إلي المزيد من الجهود العلمية المتنوعة والمتضافرة، تكاملا وتفاضلا، وتفاعلا وتفردا، فيما بينها؛ بقدر ما يعتبر الفصام أكثر الاضطرابات النفسية تعقيدا ومدعاة للحيرة والتحدي .